

Jonna Pietiläinen

Ensihoitajien ammatillinen pätevyys ja täydennyskoulutustarve

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja ylempi AMK
Klininen asiantuntija
Opinnäytetyö
Marraskuu 2011

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Jonna Pietiläinen Ensihoitajien ammatillinen pätevyys ja täydennyskoulutustarve 53 sivua Marraskuu 2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntija YAMK
Ohjaaja(t)	TtT Liisa Montin
<p>Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli Med Group Ensihoitopalvelu Oy:n halu kehittää ensihoidossa työskentelevien työntekijöidensä täydennyskoulutuskäytänteitä. Täydennyskoulutusta kehitettäessä haluttiin tietoa täydennyskoulutustarpeesta ja haluttiin antaa työntekijöille mahdollisuus vaikuttaa täydennyskoulutuksen suunnitteluun.</p> <p>Tämän työn tarkoituksena oli arvioida ensihoitajien ammatillista pätevyyttä sekä kuvata ensihoitajien täydennyskoulutustarvetta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan suunnitella täydennyskoulutusaiheita ensihoitajille.</p> <p>Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselykaavakkeella, joka sisälsi Nurse Competence-mittarin (NCS-mittari) ja yhden avoimen kysymyksen. NCS-mittarilla arvioitiin ensihoitajien ammatillista pätevyyttä, ja avoin kysymys koski ensihoitajien toiveita täydennyskoulutuksesta. NCS-mittarilla kerätty aineisto käsiteltiin PASW-tilasto-ohjelmalla ja avoimella kysymyksellä saatu laadullinen aineisto induktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Kyselylomakkeen palautti 21 ensihoitajaa, kyselyyn vastasi 21/50 eli vastausprosentti oli 42 %. Avoimeen kysymykseen vastasi 19/21. Ammatillista pätevyyttä arvioitiin seitsemällä osa-alueella: auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimet ja työrooli. Ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä hyväksi. Parhaimmaksi ammatillisen pätevyytensä ensihoitajat arvioivat olevan tilannehallinnan osa-alueella ja heikointa hoitotoimien osa-alueella. Ammatillista pätevyyttä arvioitiin tukevan peruselintoimintojen arvioimiseen ja tukemiseen liittyvä koulutus sekä yhteistyön sujumiseen liittyvä koulutus että ensihoidon tiedollista osaamista päivittävä koulutus. Täydennyskoulutuksen haluttiin olevan säännöllistä, toistuvaa ja palkallista. Täydennyskoulutusmenetelmiksi toivottiin simulaatio-opetusta, käytännön harjoittelua, työnkiertoa sekä lääketieteellisiä ja ensihoidollisia luentoja. Opinnäytetyön tulosten perusteella ensihoitajille ehdotetaan täydennyskoulutusta laadunvarmistuksesta, potilaan ohjauksesta, moniammatillisen ryhmän jäsenenä toimimisesta sekä potilaan kriisitilanteen jälkihoidon järjestämisestä. Täydennyskoulutusaiheiden lisäksi tuloksia voitaisiin käyttää henkilöstöjohtamisen työkaluina rekrytointitilanteessa ja työntekijöiden kehityskeskusteluissa.</p>	
Avainsanat	ensihoitaja, ammatillinen pätevyys, täydennyskoulutus

Author(s) Title	Paramedics' (Registered Nurse) professional competence and the need of continuing education
Number of Pages Date	53 pages November 2011
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Instructor(s)	Liisa Montin Ph.D.
<p>This thesis was based on the Med Group Ensihoitopalvelu Ltd's desire to develop the training practices of its employees working in emergency care. When developing continuing education, knowledge on the need of it was important as well as giving the employees an opportunity to influence the training design. The purpose of this work was to evaluate the professional competence of the paramedics as well as to describe their training needs. The aim was to produce information that can be used for planning the topics of training for paramedics.</p> <p>The data were collected by structured questionnaires, which included a Nurse Competence Scale-instrument (NCS-instrument) and one open question. The NCS-instrument was used to estimate the paramedics' professionalism and the open question concerned the nurses hopes for continuing education. The data gathered by the NCS-instrument was analysed by PASW Statistics software and the qualitative data from the open questions by using inductive content analysis.</p> <p>21 paramedics returned the questionnaire. The response rate was 21/50 or 42%. The open question answer rate was 19 / 21. Professional competence was assessed in seven areas: helping role, teaching and coaching, diagnostic functions, managing situations, therapeutic interventions, ensuring quality and work role. The paramedics assessed their professional qualifications as good. The best professional competence paramedics assessed being managing situations and the weakest in therapeutic interventions. Training supporting professional competence was seen to be: training in assessing and supporting vital functions, co-operation skills training as well as updating training in emergency care knowledge. Continuing education was to be regular, frequent and paid. Methods of continuing education hoped for were simulation-based teaching, practical training, job rotation as well as medical and paramedical lectures.</p> <p>Based on the results of the thesis, updating training for paramedics is recommended on quality assurance, patient guidance, working as a part of a multi-disciplinary team and patient's post-crisis care organization. In addition, the results could be used as human resource management tools in a recruitment situation and in employee performance appraisal discussions.</p>	
Keywords	paramedic, professional competence, continuing education

Sisällys

1 Johdanto.....	3
2 Keskeiset käsitteet ja aikaisemmat tutkimukset	5
2.1 Ensihoito.....	5
2.2 Ammatillinen pätevyys.....	9
2.3 Täydennyskoulutus	15
3 Tavoite, tarkoitus ja kysymykset	19
4 Aineistonkeruu.....	19
4.1 Kohderyhmä.....	19
4.2 Aineistonkeruu ja keruumenetelmät.....	20
5 Aineiston analyysimenetelmät	21
5.1 Määrällisen aineiston analysointi.....	21
5.2 Laadullisen aineiston analysointi.....	21
6 Tulokset.....	23
6.1 Vastaajien taustatiedot.....	23
6.2 Ensihoitajan ammatillinen pätevyys	24
6.2.1 Auttamisen osa-alue	24
6.2.2 Opettamisen ja ohjaamisen osa-alue	26
6.2.3 Tarkkailutehtävän osa-alue	28
6.2.4 Tilannehallinnan osa-alue	29
6.2.5 Hoitotoimien hallinnan osa-alue	31
6.2.6 Laadunvarmistuksen osa-alue	33
6.2.7 Työroolin osa-alue	35
6.2.8 Taustamuuttujien vaikutus ammatilliseen pätevyyteen	37
6.3. Täydennyskoulutustarve.....	37
6.3.1 Täydennyskoulutuksen aiheet	37
6.3.2 Täydennyskoulutuksen järjestäminen	39
7 Eettiset kysymykset.....	40
8 Luotettavuuskysymykset.....	41
8.1 Mittarin luotettavuus	41
8.2 Aineiston luotettavuus.....	43
8.3 Tulosten luotettavuus.....	44

9 Pohdinta	45
10 Tulosten hyödynnettävyys	51
Lähteet	53

1 Johdanto

Ensihoito oli alkujaan sairaankuljetusta sanan todellisessa merkityksessä, myöhemmin ensihoitoon alettiin liittää erilaisia hoitotoimenpiteitä tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana (Ryynänen – Iirola – Reitala – Pälve – Malmivaara 2008: 18). Sairaaankuljetusta on ollut 1900-luvun alusta lähtien, mutta ensihoito on alkanut kehittyä 1970-luvulla, jolloin Helsingissä käynnistyi sydänambulanssitoiminta. Ensihoitajien koulutus on aloitettu ammattikorkeakouluissa (jatkossa AMK) vuonna 1998. (Määttä 2009: 25.)

Sairaalan ulkopuolinen ensihoito on alue, joka on kehittynyt nopeasti viime vuosina. Ensihoitajan mahdollisuus antaa hoitoa on lisääntynyt. Työ on haastavaa ja vaatii usein nopeita päätöksiä, minkä takia osaamisen tulee olla ajan tasalla, mikä taas tarkoittaa jatkuvaa lisäkoulutusta ja jo opittujen tietojen ylläpitämistä. Ensihoidossa tai sairaalassa tehtävistä hätätilapotilaan auttamiseksi tehtävistä hoitotoimenpiteistä osa perustuu tutkittuun tietoon ja osa kliiniseen kokemukseen tai uskomukseen. Oletus ensihoidon vaikuttavuudesta perustuu uskomukseen, että tekemällä sairaalan sisällä vaikuttavaksi todettu tai sellaisena pidetty interventio aikaisemmin saadaan lisää vaikuttavuutta. Tämä edellyttää sitä, että hoidon laatu on ensihoidossa yhtä hyvä kuin sairaalassa. Mikäli hoito annetaan aikaisemmin mutta huonommin kuin sairaalassa, intervention vaikuttavuus vähenee tai jopa muuttuu haitalliseksi. Tekemällä vaikuttamaton interventio ensihoidossa saatetaan viivästyttää sairaalassa tehtävää toimenpidettä, jonka vaikuttavuus vähenee syntyneen viiveen takia. (Ryynänen ym. 2008: 72.)

Terveystenhuollon palvelupisteiden keskittyessä ja avohoidon lisääntyessä ensihoitopalvelun yhteiskunnallinen merkitys lisääntyy. Tulevaisuudessa ensihoito palvelee potilaiden ja heidän omaistensa lisäksi terveys- ja sosiaalitoimen yksiköitä sekä sidosryhmiä. (Määttä 2009: 37.)

Ensihoitajien osaamista on tutkittu pääasiassa tietyn potilasryhmän hoitoon tai tiettyyn tekniseen taitoon liittyen. Usein myös ensihoitajat itse korostavat teknisten taitojen

osaamista, esimerkiksi Paulomäen (2005: 104) tutkiessa kainuulaisia sairaankuljettajia toivoivat he koulutuksesta jätettävän pois hoitotieteellisen osuuden ja keskittyttävän ”tempppujen” opetteluun. Häätätilapotilaan hoidossa hoidollisten taitojen eli usein ”tempuiksi” kutsuttujen taitojen osaaminen korostuu, mutta potilasta tulisi aina hoitaa kokonaisvaltaisesti. Vuonna 2000 tehdyn selvityksen mukaan kahdeksan sairaanhoitopiiriä kahdestakymmenestä järjesti ensihoidon tasotestausta, jonka tavoitteena oli saada tietoa ensihoidossa toimivien tietotaitotasosta sekä kehittää sitä ja yhteistyötä vastuulääkäreiden kanssa. Testauksen kysymykset koskivat ensihoitopotilaiden hoidon osaamista eivätkä anna kokonaiskuvaa ammatillisesta pätevyydestä. (Seppä – Kurola 2000.)

Vuonna 2007 oikeuskansleri ilmaisi huolensa ensihoidon tason vaihteluista kansallisesti, sillä suomalaisten tulee saada tasavertaista palvelua maantieteellisestä sijainnista riippumatta. Tämän pohjalta käynnistyi selvitystyö ensihoidon kehittämiseksi, ja sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi 2009 suosituksensa sairaankuljetuksen ja ensihoidon kehittämiseksi. Tätä selvitystä käytetään uuden terveydenhuoltolain ensihoitoa koskevien säädösten asettamisessa. Uutta terveydenhuoltolakia suunniteltaessa ensihoidon osalta nousi myös esiin tarve määritellä kansalliset pätevyysvaatimukset ensihoidon henkilöstölle. Tällä hetkellä pätevyysvaatimukset perustuvat paikallisiin sairaankuljetussopimuksiin ja alalla toimivien koulutustausta on kirjava. Lisäksi huolenaiheeksi ovat nousseet täydennyskoulutuksenjärjestelmän puutteet. (Kuisma 2007: 33–34; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Tämän työn tarkoituksena on arvioida ensihoitajien ammatillista pätevyyttä sekä kuvata ensihoitajien täydennyskoulutustarvetta. Tuloksia on tarkoitus hyödyntää suunniteltaessa ensihoitajille täydennyskoulutusta.

2 Keskeiset käsitteet ja aikaisemmat tutkimukset

2.1 Ensihoito

Ensihoito on osa terveydenhuoltojärjestelmää. Äkillisen sairastumisen tai vammautumisen sattuessa, kun henkilö on itse kykenemätön hakeutumaan hoitoon, on ensihoidon tehtävä toimittaa hänen mahdollisimman nopeasti hoitoon. (Ryynänen – Irola – Reitala – Pälve – Malmivaara 2008: 18.) Ensihoito on alana varsin nuori mutta voimakkaasti kehittyvä terveydenhuollon ala. Ensihoidon tarkoitus on antaa potilaalle hyvät edellytykset toipua saamastaan vammasta tai sairauskohtauksesta (Säämänen 2008: 7).

Ensihoidolla tarkoitetaan *”asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilanteen arviointia ja välittömästi antamaa hoitoa, jolla sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai terveydentilaa pyritään parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä taikka muilla hoitotoimenpiteillä”* (Asetus sairaankuljetuksesta 1994/565 § 2). Ensihoitotoiminta määritellään terveydenhuollon päivystystoiminnaksi, jonka perustehtävä on turvata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin korkeatasoinen hoito tapahtumapaikalla, kuljetuksen aikana ja sairaalassa (Kuisma 2007).

Ensihoidossa käytetään samoja käsitteitä hyvinkin erilaisissa yhteyksissä. Puheessa sanoja ensihoito ja sairaankuljetus käytetään samassa merkityksessä. Sairaankuljetus tarkoittaa ammatillista henkilökuljetusta sairaankuljetusajoneuvolla ja ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annettavaa ensihoitoa, jonka antaa asianmukaisen koulutuksen saanut henkilö. (Määttä 2009: 27.) Tässä työssä ensihoito määritellään asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön antamaksi hoidoksi.

Kehityksen myötä ensihoito on jaoteltu eri tasoille. Suomessa ensihoito jaetaan ensivasteeseen, perustasoiseen ja hoitotasoiseen ensihoitoon sekä lääkäriyksikköön. Ulkomailla käytetään jakoa ALS (advanced life support)- ja BLS (basic life support)-hoitoon.

(Ryynänen – Iirola – Reitala - Pälve - Malmivaara 2008: 18–19.) Ensivasteella tarkoitetaan tilanteeseen nopeimmin tai lähimpänä hälytettävissä olevan muun kuin sairaankuljetukseen soveltuvan yksikön käyttöä. Ensivasteena voivat toimia pelastusyksiköt, sopimuspalokuntien yksiköt sekä Suomen Punaisen Ristin tai muun vastaavan vapaaehtoiset työntekijät. (Määttä 2009: 27.)

Perustason ensihoidolla tarkoitetaan *"hoitoa ja kuljetusta, jossa on riittävät valmiudet valvoa ja huolehtia potilaasta siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone, ja mahdollisuudet aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet"* (Asetus sairaankuljetuksesta 1994/565 § 2). Perustason sairaankuljetukseen kuuluu potilaan tilan arvioiminen ja seuraaminen sekä toimenpiteinä nestehoito, matalan veren sokerin hoito suonensisäisellä glukoosi-infuusiolla, puoliautomaattisen defibrillaattorin käyttö ja peruselvytys (Kurola 2001).

Hoitotason ensihoidolla tarkoitetaan *"valmiutta aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata"* (Asetus sairaankuljetuksesta 1994/565 § 2). Hoitotason sairaankuljetus voi toimia vaativissa hoitotilanteissa itsenäisesti hoito-ohjeiden perusteella tai lääkärinkonsultaation pohjalta. Pitkälle viedyn tilannearvion pohjalta potilasta voidaan hoitaa kohteessa ja kuljetuksen aikana. (Kurola 2001.) Hoitotason ensihoitoon suuntautunut ammatillinen koulutus eli ensihoitajan AMK-koulutus on alkanut vuonna 1998. Koska kyseistä tutkintoa ei ole hyväksytty terveydenhuollon ammattitutkinnoksi, ensihoitajat rekisteröidään terveydenhuollon ammattihenkilöiksi sairaanhoitajina (Määttä 2009: 36). Hoitotasolla toimii paljon lähihoitajia ja sairaanhoitajia, jotka ovat päteväytyneet hoitotasolle. Hoitotasolle pyrkivien pätevyysvaatimukset ovat olleet alueellisia, mutta nyt uudessa terveydenhuoltolaissa on määritelty kansalliset vaatimukset hoitotasolle pyrkiville. Uudet pätevyysvaatimukset pohjautuvat ammattitutkintoihin. Jatkossa hoitotasolle pätevöittää vain ensihoitajan AMK-tutkinto, lisäksi sairaanhoitaja (AMK) voi päteväitymiskoulutuksen jälkeen hakeutua hoitotasolle. (Kuisma 2007: 33–34.)

Lääkäriyksikössä ensihoitolääkärin työ sisältää korkeariskisiin hälytystehtäviin osallistumisen lisäksi toiminta-alueensa konsultaatioihin vastaamisen sekä lääkinällisen pelastustoimen yleisjohtamisen ja suuronnettomuustilanteiden lääkintäjohtamisen (Määttä 2009: 35).

Koskelan (2011) mukaan vanhassa sairaankuljetusasetuksessa (1994/565 § 2) määritellyt perus- ja hoitotason määritelmät eivät vastaa nykyaikaisen ensihoitopalvelun luonnetta. Ensihoito on kehittynyt kolmiportaiseksi terveydenhuollon palvelujärjestelmäksi, jonka tavoitteena on koulutetun henkilön vieminen äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan luo, potilaan tilan ja hoidon tarpeen arviointi, tarvittavien hoitotoimien tekeminen ja hoidon antaminen sekä hoidon jälkeisen arvion tekeminen kuljetustarpeesta tai tarvittaessa potilaan kuljettaminen tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan. (Koskela 2011.)

Ennen toukokuuta 2011 ei ole ollut olemassa ensihoitohenkilöstöä koskevia sitovia kelpoisuusmääräyksiä tai valtakunnallisia ohjeita, vaan koulutustasovaatimukset oli määriteltä paikallisesti kuntien sairaankuljetussopimuksissa tai sairaanhoitopiirien alueellisilla ohjeilla (Koskela 2011). Vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriön asettama selvitysmies Kuisma esittää raportissaan kansallisten pätevyysvaatimusten yhtenäistämistä ja raportissa annetaankin ehdotus lakiin kirjattavista ensihoidon henkilöstön pätevyysvaatimuksista. Suomalaisten ensihoitajien koulutustaustat vaihtelevat, ja nyt lakiin kirjattavan ohjeistuksen myötä tavoitteena olisi yhtenäistää kansalaisten avunsaantia kiireellisissä tilanteissa ja parantaa palveluiden laatua. (Kuisma 2007: 3.) Vuonna 2011 voimaan tullut uusi terveydenhuoltolaki (2010/1326 § 39) siirtää vastuun ensihoidon järjestämisestä sairaanhoitopiireille ja samalla määrittää koulutustasovaatimukset. Uuden terveydenhuoltolain (2010/1326 § 39) asettamat vaatimukset tulee täyttää viimeistään vuoden 2013 alusta. (Koskela 2011.)

Maailmanlaajuisestikin ensihoidon pätevyysvaatimukset ovat kirjavia, monessa maassa on todettu pätevyysvaatimusten vaihtelevan jopa kansallisesti. Euroopan Unionin Heculaep-hankkeessa selvitettiin unionin jäsenmaiden sairaalan ulkopuolista ensihoitoa.

Hankkeen tavoitteena oli lisätä organisaatioiden välistä tiedonvaihtoa, tehdä maiden kansallisia tutkimus- ja kehittämishankkeita tunnetuksi, lisätä maiden välistä tutkimuksellista yhteistyötä ja toteuttaa maiden välistä yhteistyötä. (Fairhurst 2005.)

Ensihoidossa toimii ulkomailla ammattiryhmiä, joita Suomessa ei ole. Yhdysvalloissa ambulanssimiehistöön kuuluvat paramedit. Suomessa ei tarkalleen paramedicia vastaava henkilöstöä ole, vaikka nimike suomennetaan tavallisesti ensihoitajaksi. Suomessa ensihoitaja nimikettä käytetään yleisesti kenestä tahansa ensihoidossa työskentelevästä. Englannissa toimii sairaankuljetuksessa emergency medical technician (EMT), joka vastaa suunnilleen suomalaista perustason sairaankuljetuksessa toimivaa sairaankuljettajaa. (Ryynänen – Iirola – Reitala – Pälve – Malmivaara 2008: 16.) Englannissa, Australiassa ja Uudessa-Seelannissa ensihoitajille on asetettu pätevyysvaatimukset, jotka alalla toimivan tulee täyttää. Vaatimuksissa määritellään, että ensihoitajan tulee täyttää säädetyt vaatimukset, toimia näyttöön perustuvan tiedon mukaisesti ja tehdä päätöksensä tietoon pohjautuen. Lisäksi ensihoitajan tulee osoittaa ammatillista itsenäisyyttä ja vastuullisuutta, kehittää ja ylläpitää moniammatillisia suhteita, osoittaa osaavansa soveltaa tietoaan käytännössä, toimia turvallisesti, tunnistaa sosiaaliset ja terveydenhuollolliset tarpeet ympäristössä arviointimenetelmiä käyttämällä ja osata vastata näihin tarpeisiin esimerkiksi ohjaamalla potilas oikeaan hoitopaikkaan. Ensihoitajan tulee myös osata arvioida kriittisesti toimintaansa, osallistua auditointiin, mentoointiin, opetukseen sekä työnsä kehittämiseen. (Sassella – Melville 2010.)

Ensihoitajalta edellytetään hoitotieteellisen, lääketieteellisen ja muiden tieteenalojen tiedon ja hoitokäytäntöjen joustavaa soveltamista, itsenäistä päätöksentekotaitoa sekä tilanneherkkyyttä arvioida potilaan tilaa ja hoidon tarvetta. Ensihoidossa ensihoitaja on asiantuntija, jonka perusosaamista on itsenäisesti arvioida äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan tila. Ensihoitaja osaa oma-aloitteisesti käynnistää hoidon ja ylläpitää potilaan peruselintoimintoja sekä parantaa potilaan ennustetta. Ensihoitaja toimii ensihoitolääkärin antaminen hoito-ohjeiden mukaisesti, ja niillä hän kohentaa tai lievittää potilaan tilaa. Ensihoitajan tehtävä on myös tukea ja ohjata yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä elämän eri akuuteissa tilanteissa. Ensihoidossa ensihoitajan vastuualueena

on hoitotasoinen ensihoito ja sairaankuljetus, johon kuuluu myös henkisen ensihoidon osaaminen. (Opetusministeriö 2006: 72.)

Hoitotason ensihoitaja on ensihoidon asiantuntija ja hän vastaa potilaan tutkimisesta ja hoidosta yhdessä ensihoitolääkärin kanssa. Ensihoitajan tulee arvioida itsenäisesti äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan tila sekä käynnistää ja ylläpitää potilaan peruselintoimintoja ja parantaa potilaan ennustetta, kohentaa ja lievittää hänen tilaansa. Ensihoitajan tulee voida aloittaa potilaan hoito ja tutkiminen tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa potilaan kuljetus sairaalaan elintoimintoja turvaten. (Säämänen 2008: 7.)

Ensihoidossa asiantuntijuus pohjaa tieteelliseen tietoon, asiakaskeskeisyyteen, yksilöllisyyteen, kokemukseen, itsenäiseen päätöksentekoon sekä itsenäiseen toimintaan omalla asiantuntijuustasolla. Myös arvot ja ammattietiikka sisältyvät asiantuntijuuteen. Ensihoidon asiantuntija osaa tunnistaa, arvioida ja ratkaista erilaisia ensihoitoon liittyviä ongelmatilanteita. Analyyttinen, erittelevä ajattelu ja jatkuvasti uudistuvan tiedon hallinta korostuu ensihoidon asiantuntijuudessa. (Rekola – Sillanpää 2008: 606.)

2.2 Ammatillinen pätevyys

Ammatillinen pätevyys on yksilön kykyä tiedollisesti ja taidollisesti hallita ammatin toiminnallisia kokonaisuuksia. Ammatillinen pätevyys eli kompetenssi voidaan jakaa työn vaatimuksiin, yksilön ominaisuuksiin ja yksilön todelliseen pätevyyteen, jota hän hyödyntää ja kehittää työssään. Työn vaatimukset käsittävät viralliset pätevyysvaatimukset ja työn tekemisen edellyttämän pätevyyden. Tällöin ulkoapäin määritellään kompetenssivaatimukset työn menestykselliseksi suorittamiseksi. Yksilön kompetenssilla tarkoitetaan, että yksilö on pätevä ja oikein kouluttautunut johonkin tiettyyn tehtävään tai että hänellä on kyky suoriutua työssään vaadittavista tehtävistä. Yksilöllistä kompetenssia voidaan pitää todellisena pätevyytenä, kun taas koulutuksen tuoma pätevyys on muodollista pätevyyttä. (Ruohotie 2002: 16.)

Kompetenssi voidaan määritellä monella eri tavalla. Kompetenssi eli pätevyys tai kyvykkyys tarkoittaa taitoa tai kykyä suoriutua tehtävästä hyvin sekä itsensä että muiden arvioimana. Ammatillista kompetenssia kehitetään ja muutetaan ajan myötä. Sen sisältö muuttuu jatkuvasti uusien ja muuttuvien organisaatioiden ja työnjaon, teknologian ja uuden tiedon myötä. (Hildén 1999: 20–21; Hildén 2002: 33.) Ammatillinen pätevyys rakentuu useista eri osista, kuten vahvasta tietopohjasta, joka taas koostuu yleisistä ammattiin liittyvistä ja erityisalan tiedoista, uusimmasta tiedosta alalla, sovelluksista ja saavutuksista. Ammatilliseen pätevyyteen liitetään myös tärkeänä osana monipuoliset taidot, joita ovat muun muassa hallinnolliset taidot ja kyky käyttää erilaisia laitteita ja koneita. (Hildén 1999: 21–22.)

Hoitotyössä tarvitaan monitieteistä tietoa. Hoitotyön teoreettinen osaaminen edellyttää hoitohenkilökunnalta hoitotieteellistä, luonnontieteellistä, lääketieteellistä, yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellistä osaamista. Lisäksi hoitotyöntekijän tulee omata valmiuksia hankkia tietoa ja kyetä arvioimaan saamaansa tietoa kriittisesti sekä kyetä käyttämään tietoa toimintansa perusteena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.) Hildén (2002: 33–36) jakaa kompetenssin kolmeen osaan: ydinpätevyys, erityispätevyys ja yleispätevyys. Ydinpätevyys käsittää tiedot ja taidot, joilla sairaanhoitaja kykenee suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan potilaan hoitoa ja tilaa. Erityispätevyys käsittää tiedot ja taidot, joita sairaanhoitaja tarvitsee tietyn potilasryhmän tarkoituksenmukaisen hoidon toteuttamiseksi. Yleispätevyys käsittää sairaanhoitajan kyvyn yhdistää ydin- ja erityispätevyyden potilaan yksilöllisen hoidon toteuttamiseksi.

Toiseksi kompetenssi voidaan käsittää niinä tietoina, taitoina, kykyinä ja asenteina, jotka ovat tarkoituksenmukaisia työn tekemiselle (Metsämuuronen 2000: 40; Hätönen 2003: 13). Kompetenssin yksiselitteinen tulkinta suomeksi on hankalaa. Kompetenssi ilmaisee lähinnä kyvykkyyttä, pätevyyttä ja ehkä yleisimmin osaamista. Kompetenssin ominaispiirteet eroavat toisistaan myös siinä, miten näkyviä tai piilossa olevia ne ovat, ja toisaalta siinä, miten helppoa tai vaikeaa niitä on kehittää. Nämä erot on tärkeä tunnistaa, kun pohditaan henkilöstön kehittämistä: motiiveja ja henkilökohtaisia ominaisuuksia on vaikeampi kehittää kuin vaikkapa tietoja. Tästä näkökulmasta katsottuna kompetenssia voidaan kuvata jäävuorena, jonka pinnan yläpuolella oleva osa on näkyvää ja helpommin kehitettävää kompetenssia. Pinnan alapuolella oleva osa puolestaan

on piilossa olevaa ja hankalammin kehitettävää kompetenssia. Näkyvissä olevan osan kasvattaminen ja piilossa olevan hyödyntäminen on tietenkin olennaisen tärkeää kompetenssin kehittämisen kannalta. (Spencer – Spencer 1993:9–13.)

Kompetenssi voidaan määritellä myös yksilön kykynä toimia työssään. Henkilön tulee olla pätevä ja sopiva työhönsä. Englannissa on haluttu ammatillisella standardilla määritellä, mihin pätevän henkilön odotetaan pystyvän. Ensihoidossa toimiville asetettiin pätevyysvaatimukseksi kyky arvioida, priorisoida ja antaa ensiapua, kyky tutkia ja määritellä potilaan terveydentila ja tarpeet ensiavulle, arvioida yksilöllisesti hoidon tarve, toimia asiantuntijana ensihoidossa, toimia pelastuspalvelun tukena, toimia terveyttä edistävästi, toimia eettisesti, tarjota yhdessä muiden toimijoiden kanssa tehokasta palvelua, koordinoita ja valvoa ensihoitotoimintaa sekä toimia turvallisuuskulma huomioiden. (Clements – Mackenzie 2005.)

Ensihoitajan ammatillinen pätevyys on asiantuntijuutta, itsenäisyyttä, vastuullisuutta ja kollegiaalisuutta. Asiantuntijuuteen sisältyy eri tieteidenalojen teoreettisen tiedon hallinta sekä tieteellisen tiedon kriittinen arviointi. Itsenäisyyteen kuuluu riittävä toimivalta, tilanteiden hallinta, kyky priorisoida, kyky johtaa ja kyky ennakoita potilaan tilassa tapahtuvia muutoksia sekä kykyä konsultoida ja tiedottaa. Vastuullisuus sisältää potilaan tilan arvioinnin, tiedottamisen ja ammattietiikan mukaisen toiminnan. Kollegiaalisuus edellyttää vahvaa ammatti-identiteettiä sekä toisten asiantuntijoiden ammattitaidon kunnioittamista ja toiminnan tukemista. (Rekola – Sillanpää 2008: 607–608.)

Meretojan (2003) mukaan ammatillinen pätevyys tarkoittaa toiminnallista kyvykkyyttä, kapasiteettia integroida tietoa, taitoa, asenteita ja arvoja tiettyyn kontekstuaaliseen työtilanteeseen. Ammatillisesti pätevä sairaanhoitaja omaa kyvyn soveltaa uusissa tehtävissä tietojaan ja taitojaan. Ammatillinen kasvu on vaiheittainen prosessi. Asiantuntijatasolle eteneminen perustuu sairaanhoitajan sekä yksilöllisiin että ammatillisiin tavoitteisiin ja motivaatioon. Sairaanhoitajalla itsellään on vastuu omasta osaamisestaan ja asiantuntijuuden jatkuvasta kehittymisestä, itsearviointiin sekä potilaiden että työryhmän ja esimiesten antaman palautteen pohjalta. Myös työnantajan tuki auttaa sairaan-

hoitajan asiantuntijuuden syventymisessä. Ammatillinen pätevyys on monimutkainen käsite, sillä se voi olla kapeaa tai hyvinkin laaja-alaista (Meretoja – Leino-Kilpi 2003).

Pätevyys voidaan esimerkiksi nähdä tasona, joka antaa riittävän kyvyn hoitaa ammat-
tiin liittyvät tehtävät ja toiminnot. Pätevyys voidaan nähdä myös koulutuksen ja tutkin-
non antamana muodollisena pätevyysnä. Ammatillisen pätevyyden sisältö muuttuu
jatkuvasti työkohteiden, työnjaon ja organisaation muuttuessa sekä teknologian ja uu-
den tiedon myötä. Meretoja (2003) kehitti Nurse Competence Scale -mittarin (jatkossa
NCS-mittari), jolla voidaan mitata sairaanhoitajan ammatillista pätevyyttä. NCS-mittari
kehitettiin sairaanhoitajien ammattiuramallin pohjalta, joka taas on kehitetty Bennerin
urakehitysmallin pohjalta. Bennerin urakehitysmallissa käsitteet perustuvat taitojen
hankkimismalliin, jossa työntekijä etenee hankkiessaan taitoja ja kehittyessään viidessä
vaiheessa aloittelijasta asiantuntijaksi. Asiantuntijatasolle eteneminen perustuu sai-
raanhoitajan sekä yksilöllisiin että ammatillisiin tavoitteisiin ja motivaatioon. (Benner
1999: 8–9.) Terveysthuoltoalalla koulutus antaa pohjan, ja Bennerin luokittelun mu-
kaan henkilö on koulutuksen jälkeen noviisi mutta kuitenkin toimivaltainen työskente-
lemään terveydenhuollossa. Kokemuksen ja ammatillisen kasvun kautta henkilöstä voi
kehittyä asiantuntija. (Kak – Burkhalter – Cooper 2001: 4.)

Benner määrittelee urakehitystä koskevassa kirjassaan ammattitaidon tilannekohtaisek-
si eikä kyvyksi tai ominaisuudeksi, joka on samanlainen kaikissa tilanteissa. Luontaisen
kyvyn ja koulutuksellisen valmiuden lisäksi sairaanhoitaja ammattitaito riippuu koke-
muksesta, motivaatiosta sekä voimavaroista ja rajoituksista. Esimerkiksi sairaanhoita-
jan voidaan ajatella olevan ammattitaitoinen tutuissa tilanteissa mutta pätevä tai edis-
tynyt aloittelija vieraassa tilanteessa. (Benner 1999: 150–151.)

Ammatillisen pätevyyden mittaamiseen on monia hyviä syitä. Ammattitaidon tunnista-
misella ja todentamisella pystytään osoittamaan, onko henkilöllä työssään tarvitseman-
sa osaaminen. Terveysthuollon organisaatio voi ammatillista pätevyyttä mittaamalla
esimerkiksi arvioida, millä tasolla tietojen ja taitojen tulisi olla, sekä mitata, millainen
työn hallinnan taso on arviointihetkellä. Arvioinnin avulla tehdään asioita näkyviksi ja
saadaan tietoa, joka voi olla vaikea havaita tai ymmärtää. Mittaamalla voidaan myös

selvittää koulutustarvetta tai arvioida koulutuksen vaikutusta. Arvioinnin tavoite on näyttää suuntaa kehittämiselle ja toimenpiteille. Ammatillisen osaamisen arviointi voi tapahtua itsearvioinnin, vertaisarvioinnin, esimiesarvioinnin, asiakaspalautteen, osamistasokartoituksen tai kehityskeskustelujen avulla. (Ranki 1999: 41, 48–49, 52.)

Miksi sitten terveydenhuollon henkilöstön kompetenssia tulisi mitata? Kompetenssia mittaamalla voidaan varmistua henkilöstön täyttävän tarvittavat vaatimukset. Etenkin ulkomailla terveydenhuollon tarjoajat hakevat erilaisia sertifikaatteja, jotka kertovat yrityksen täyttävän tietyt laatuvaatimukset. Tällöin myös henkilöstön tulee täyttää vaadittavat laatuksiteerit sertifikaatin saamiseksi. Toiseksi mainitaan terveydenhuollon alan nopea uudistuminen, kerran käyty koulutus ei anna pätevyyttä uusien ja muuttuneiden asioiden hallintaan. Organisaation näkökulmasta taas kompetenssia mittaamalla saadaan tietoa suorituskyvystä, voidaan arvioida, millaista täydennyskoulutusta tarvitaan ja tarjoaako organisaatio riittävän mahdollisuuden henkilöstölle käyttää osaamistaan. Lisäksi organisaatio on vastuussa tarjoamastaan hoidon laadusta, ja pätevyyttä mittaamalla voidaan varmistua riittävästä osaamistasosta. Pätevyyttä mittaamalla voidaan parantaa myös riskien hallintaa, sillä huomattaessa puutteita voidaan kouluttamalla parantaa pätevyyttä. Pätevyyttä mittaamalla voidaan kartoittaa henkilön pätevyyttä laajasti ja näin voidaan päästä paremmin hyödyntämään henkilön osaamista. Mittaamisen avulla voidaan kartoittaa taito- ja tietoaaukkoja, ja näin päästään koulutuksella tehostamaan suorituskyyä. Myös koulutustulosten arvioimiseksi voidaan käyttää pätevyyden mittaamista. Pätevyyden mittaamista voidaan lisäksi käyttää rekrytoinnin apuvälineenä. (Kak – Burkhalter – Cooper 2001: 4–5.)

Suomalaiseen terveydenhuollon kulttuuriin ei kuulu ammattitutkinnon jälkeinen ammatitaidon järjestelmällinen arviointi. Useissa sairaanhoitopiireissä on testattu ensihoidon työntekijöiden teoreettista ja käytännön osaamista. Näiden arviointijärjestelmien tavoitteena on varmistua toiminnan tasalaatuisuudesta sekä samalla löytää koulutusta ja ohjausta vaativia asioita. Lopullisena tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen ja varmistaminen. (Paakkonen 2005: 408.)

Suomessa sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä on mitattu NCS-mittarilla useassa tutkimuksessa. Meretoja (2003) tutki sisätautikirurgisia sairaanhoitajia (n=513) kehittäessään NCS-mittaria. Ammattipätevyyden taso oli korkeinta tilannehallinnan, auttamisen ja tarkkailutehtävän osa-alueilla. Matalinta ammattipätevyyden taso oli laadunvarmistuksen osa-alueella. (Meretoja – Leino-Kilpi 2003.) Päivystyksessä ja tehohoidossa työskentelevien sairaanhoitajien (n=593) ammatillinen pätevyys oli mitattaessa korkeinta tarkkailutehtävän, tilannehallinnan ja auttamisen osa-alueilla. Matalimmaksi sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä laadunvarmistuksen osa-alueella. (Meretoja – Leino-Kilpi – Kaira 2004.) NCS-mittarilla on kuvattu erikoissairaanhoidon eri aloilla toimivien sairaanhoitajien (n=296) ammatillista pätevyyttä. Sairaanhoitajien itse arvioima ammatillinen pätevyys oli hyvää kaikilla seitsemällä osa-alueella. Parhainta ammatillinen pätevyys oli auttamisen osa-alueella ja huonointa laadunvarmistuksen osa-alueella. Pitkä työkokemus ja vakituinen työsuhde lisäsivät koettua ammatillista pätevyyttä kaikilla osa-alueilla. (Heikkilä – Ahola – Kankkunen – Meretoja – Suominen 2007.)

Neurologian klinikan sairaanhoitajat (n=75) arvioivat ammatillisen pätevyytensä hyväksi. Parhaimmaksi ammatillinen pätevyys koettiin tarkkailutehtävien ja auttamisen osa-alueilla. Heikointa se oli taas laadunvarmistuksen osa-alueella. Parhaimmaksi ammatillinen pätevyys koettiin osa-alueilla, joita työssä käytettiin useimmiten. (Mäkipaura 2005.)

Päivystys- ja teho-osastojen sairaanhoitajien (n=235) ammatillinen pätevyys oli yleisesti hyvää, parhaimmaksi ammatillinen pätevyys koettiin auttamisen osa-alueella ja huonoimmaksi laadunvarmistuksen osa-alueella. Ammatillisen pätevyytensä arvioivat korkeammaksi iäkkäämmät ja pitkän työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat. Lisäksi ammatillinen pätevyys arvioitiin paremmaksi toiminnoissa, joita käytettiin omassa työssä toistuvasti. (Salonen – Kaunonen – Meretoja – Tarkka 2007.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Helsingin yliopistosairaalan erikoissairaanhoidon yksiköissä sairaanhoitajat (n=2078) arvioivat toimintansa hyväksi kaikilla osa-

alueilla. Parhaimmaksi sairaanhoitajat arvioivat toimintansa auttamisen osa-alueella ja heikoimmaksi laadunvarmistuksen osa-alueella. (Meretoja ym. 2009.)

2.3 Täydennyskoulutus

Tietojen ja taitojen vanheneminen on uhka eri ammateissa toimiville. Työtehtävistä suoriutumiseksi tarvitaan uusin ja ajanmukaisin tieto. Tämä edellyttää työntekijöiltä tietojen ja taitojen uusimista, jotta he voisivat vastata työelämän muuttuviin tarpeisiin ja suoriutua työtehtävistään. Ammatillista kasvua tapahtuu koko työiän ajan. Vahva oppimisorientaatio edistää yksilön itsensä kehittämistä, auttaa ylläpitämään ammattitaitoa ja teknistä osaamista sekä helpottaa tiedon hankkimista oman alan kehittymisestä. Kasvumotivaatio eli oppijan halu kehittää itseään sekä kokeilla uutta on yksi ammatillisen kasvun avaintekijöistä. Yksilön oppimista edistää myös se, että oppija tunnistaa omat vahvuutensa ja heikkoutensa. Heikkouksiensa tunnistamisen kautta hän löytää kehittämistä vaativat alueet ja voi luoda uusia vahvuuksia. (Ruohotie 2002: 49, 55.)

Muuttuvat asiakastarpeet, palvelurakenteen muutos ja teknologian kehittyminen edellyttävät terveydenhuollon henkilöstöltä hyvää osaamista. Pelkkä ammattitutkinnon suorittaminen ei riitä, vaan tarvitaan koko työuran kestävää ammatillista kasvua. Omasta ammatillisesta osaamisesta huolehtiminen on jokaisen velvollisuus. (Hildén 2002: 7, 81.) Ammattitaidon kehittyminen vie aikaa eikä ole mahdollista virallisten koulutusohjelmien puitteissa, mutta koulutusohjelmissa opitut teoriat ja toimintaperiaatteet luovat turvallisen ja tehokkaan pohjan kliiniselle oppimiselle (Benner 1999: 155). Peruskoulutuksella on merkittävä osuus hoitotyöntekijöiden ammattitaidon kehittämisessä ja ylläpitämisessä työuran aikana. Koulutuspäivät taas ovat yksi keskeisimmistä keinoista kehittää osaamista. Lyhyillä koulutuksilla pystytään päivittämään tiedot ajan tasalle, mutta suurempaa vaikutusta yhteisön toimintaan lyhyillä koulutuksilla harvoin saadaan. (Hildén 2002: 44, 82.)

Täydennyskoulutus on ammattipätevyyttä täydentävää tai ajanmukaistavaa koulutusta. Terveydenhuollon täydennyskoulutus eroaa muusta ammatillisesta täydennyskoulutuk-

sesta lainsäädännön vuoksi, koska terveydenhuollon henkilöillä on lakisääteinen täydennyskoulutusvelvollisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmän mukaan täydennyskoulutuksen tehtävä on ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen. Täydennyskoulutus voi olla esimerkiksi työllisyyskoulutusta, avointa korkeakouluopetusta sekä ammatillista täydennys- ja pätevöitymiskoulutusta. Täydennyskoulutus voi liittyä työtehtäviin tai olla laaja-alaisesti ammattitehtäviin soveltuvaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Täydennyskoulutus on tutkinnon suorittaneille järjestettyä suunnitelmallista lyhyt- tai pitkäkestoista lisäkoulutusta, jonka tarkoituksena on tukea ammatin harjoittamista ja vastata työn muuttuviin tarpeisiin ja vaatimuksiin. Täydennyskoulutus liittyy kiinteästi työtehtäviin ja niiden kehittämiseen. Täydennyskoulutus ylläpitää, kehittää ja syventää työntekijän ammattitaitoa sekä tukee hänen työssä jaksamistaan. (Suomen sairaanhoitajaliitto 2003: 2.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt terveydenhuollon täydennyskoulutuksen sisältöä ja laatua sekä täydennyskoulutuksen määrää, järjestämistä ja seurantaa. Suosituksen mukaan täydennyskoulutuksen tarkoituksena on lisätä ja ylläpitää työntekijän ammattitaitoa ja osaamista sekä tukea terveydenhuollon toimintayksiköiden toimintaa ja sen kehittämistä terveyden edistämisessä sekä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Täydennyskoulutuksen tulee perustua suunnitelmaan, ja sisällön on tuettava asetettuja tavoitteita. Täydennyskoulutuksen määrä riippuu työntekijän peruskoulutuksesta ja työn vaativuudesta, toimenkuvasta ja siinä tapahtuvista muutoksista sekä ammatillisista kehittymistarpeista. Vähimmäismääriä koulutukselle ei ole säädetty, mutta Valtioneuvoston periaatepäätöksessä pidettiin lähtökohtana keskimäärin 3–10 täydennyskoulutuspäivää vuodessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Suomen sairaanhoitajaliitto on asettanut täydennyskoulutukselle laatuvaatimukset. Laatuvaatimukset jaotellaan koskemaan täydennyskoulutuksen järjestäjää, työnantajaa ja sairaanhoitajaa. Täydennyskoulutuksen järjestäjä vastaa, että koulutuksesta vastaavat tarkoituksenmukaisen asiantuntemuksen omaavat kouluttajat yhteistyössä koke-

neiden hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien kanssa. Täydennyskoulutuksen tulee perustua konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen, sen tulee tukea sairaanhoitajan urakehitystä kliinisessä hoitotyössä sekä vahvistaa moniammatillisten tiimien ja verkostojen yhteistyötä. Täydennyskoulutuksen arvioinnin tulee perustua sairaanhoitajan ja työyksikön oppimis- ja toimintaprosessien arviointiin sekä lopputuloksen arviointiin. Työnantajan taas tulee vastata täydennyskoulutuksen toteutumisesta. Työnantajan tarjoaman täydennyskoulutuksen tulee olla systemaattista ja riittävän pitkäkestoista, ja sen tulee perustua sairaanhoitajan henkilökohtaiseen ja koko henkilöstöä koskevaan kehityssuunnitelmaan. Lisäksi työnantajan tulee luoda edellytykset oppivalle organisaatiolle sekä tukea sairaanhoitajan ammatillista kehittymistä ammattitaidon tunnistamisella ja osaamisen palkitsemisella. Sairaanhoitaja itse vastaa ammattitaitonsa ajantasaisuudesta, jatkuvasta kouluttautumisestaan ja osaamisvalmiuksiensa kehittämisestä. Sairaanhoitajan henkilökohtaisen kehittymisen ammattiuralla tulee olla tarkoituksenmukaista, suunnitelmallista ja prosessinomaista. Ammattitaidon kirjallisen dokumentoinnin tulee olla osa henkilökohtaista kehityssuunnitelmaa. (Suomen sairaanhoitajaliitto 2003: 3–7.)

Ensihoidon tutkinto- ja täydennyskoulutus on painottunut perinteisesti sydänpysähdys- ja hätätilapotilaiden tunnistamiseen sekä näissä tarvittaviin välittömiin taitoihin. Vähemmän huomiota on kiinnitetty päivystyspotilaiden tilanarvioon sekä terveys- ja sosiaalitoimen palvelujen sisältöön. (Määttä 2009: 37.)

Sairaankuljettajien ammatillisen osaamisen tasoa ja täydennyskoulutustarvetta on tutkittu Kainuussa. Tulosten perusteella sairaankuljettajien tiedollinen osaaminen on parempaa kuin taidollinen. Tiedollista ja taidollista koulutusta kaivattiin EKG-rekisteröinnistä, pulssioksimetrin käytöstä, intuboinnista ja lääkkeellisen hapen käytöstä. (Paulomäki 2005: 97–99.)

Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Keski-Uudenmaan Pelastuslaitoksen yhteistyönä kehitettiin perustason osaamistestejä. Tulosten perusteella suunniteltiin koulutusta sekä luotiin perustason osaamisen kehittämismallia työelämän ja koulutuksen käyttöön

(Eriksson – Häggman-Laitila – Sarajärvi 2009: 19–20). Turun ammattikorkeakoulun ensihoitajien koulutusohjelman opinnäytetoissa testattiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaankuljettajien teoriaosaamista ja kartoitettiin lisäkoulutustarvetta (Säämänen 2008: 10–11). Vuonna 2000 tehdyn selvityksen mukaan kahdeksan sairaanhoitopiiriä kahdestakymmenestä järjesti ensihoidon tasotestausta. Testauksen tavoitteena oli saada tietoa sairaankuljettajien tietotaitotasosta ja kehittää sitä ja yhteistyötä vastuulääkäreiden kanssa. (Seppä – Kurola 2000.)

Holtermann ym. (2006) tutkivat Yhdysvalloissa ensihoitajien uudelleen rekisteröityjen ja ei-rekisteröityjen kykyä selvitä emergency medical techniciansille (vastaa suomalaista sairaankuljettajaa) järjestettävästä pätevyyttä mittaavasta kokeesta. Uudelleen rekisteröivät selvisivät ei-rekisteröityjä paremmin kokeesta. Lisäksi huomattiin uudelleen rekisteröityvien koemenetyksen heikkenevän kokeen uusimisajan pidentyessä. Tutkimuksen tulosten perusteella suositeltiin koetta järjestettäväksi kahden vuoden välein, jotta voitaisiin varmistua pätevyystason pysyvyydestä.

Ensihoitohenkilöstön koulutustason parantamisen voidaan olettaa tarkentavan potilaan tilan arviointia ja ymmärtämistä, joka todennäköisesti helpottaa potilaan ohjausta oikeaan hoitopaikkaan. Perustason ensihoitajan on pääsääntöisesti kuljetettava potilas lähimpään terveydenhuollon yksikköön tilannearviota varten. Hoitotason ensihoitaja tai ensihoitolääkäri voi todennäköisemmin ohjata potilaansa suoraan tämän tilan edellyttämään erikoissairaanhoidon yksikköön ja siten vähentää viiveitä ja koko terveydenhuoltojärjestelmän kuormitusta. Säästöt ja tarkoituksenmukaisuus korostuvat, jos potilaan ongelma voidaan hoitaa pelkästään ensihoidon toimenpitein eikä terveydenhuollon muita palveluja tarvita lainkaan. (Ryynänen – Iirola – Reitala – Pälve – Malmivaara 2008: 66.)

3 Tavoite, tarkoitus ja kysymykset

Tämän työn tarkoituksena oli arvioida ensihoitajien ammatillista pätevyyttä sekä kuvata ensihoitajien täydennyskoulutustarvetta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan suunnitella täydennyskoulutusaiheita Med Group Ensihoitopalvelu Oy:n ensihoitajille.

Tarkempia kysymyksiä olivat:

1. Minkälaiseksi ensihoitajat arvioivat oman ammatillisen pätevyytensä?
2. Millaisia täydennyskoulutustarpeita ensihoitajilla on?

4 Aineistonkeruu

Aineistonkeruuosuudessa kuvataan aluksi aineiston keräämisen kohderyhmä. Lisäksi kuvataan aineistonkeruussa käytetyt menetelmät sekä aineiston keräämisen vaiheet.

4.1 Kohderyhmä

Kohderyhmänä oli Med Group Ensihoitopalvelu Oy:ssä työskentelevä ensihoitohenkilökunta. Med Group Oy tuottaa terveydenhuoltopalveluja, ensihoitopalveluja ja hoivapalveluja. Med Groupin ensihoitopalvelut ovat muodostuneet viimeisen neljän vuoden aikana yritysostojen ja uusien toimipisteiden perustamisen myötä. Yritys on osallistunut ympäri Suomea järjestettyihin kilpailutuksiin, ja toimintaa on tällä hetkellä koko Suomen alueella. Toimipisteet ovat erilaisia, koska osa tuottaa kunnan ensihoitopalveluja toimimalla kiireellisessä järjestelmässä ja osa toimipisteistä toimii sairaanhoitopiirien sairaalasiirtoja tuottavina yksikköinä. Ensihoitopalvelussa työskentelee ensihoitajia (AMK), sairaanhoitajia (AMK), lähihoitajia ja lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia.

4.2 Aineistonkeruu ja keruumenetelmät

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka koostui NCS-mittarista sekä yhdestä avoimesta kysymyksestä, joka koski ensihoitajien täydennyskoulutustarvetta. Lisäksi kysyttiin seuraavia taustatietoja: koulutus, valmistumisvuosi, työkokemus nykyisessä työpaikassa, työkokemus ensihoidossa ja työkokemus terveydenhuollossa yleensä.

NCS-mittarin kehittäjä Riitta Meretoja laati täsmällisen sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden määritelmän käyttämällä apunaan tasokuvauksia. Sairaanhoitajan toiminta kuvattiin hoitotyön seitsemällä osaamisalueella, jotka ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadunvarmistus sekä työrooli. Yhteensä mittarissa on 73 väittämää. Mittari tuottaa tietoa sairaanhoitajien toiminnan laadusta ja toiminnan tiheydestä. Osaamisen laatua arvioidaan sairaanhoitajan tekemän itsearvioinnin perusteella, lisäksi osastonhoitaja voi tehdä sairaanhoitajasta esimiesarvioinnin. Toiminnan laadun arvioimiseen käytetään Visual Analogue Scale- eli VAS-asteikkoa 0–100. Luokittelu jakautuu neljään luokkaan, jotka ovat heikko (VAS 0–25), tyydyttävä (VAS >25–50), hyvä (VAS >50–75) ja erittäin hyvä (VAS >75–100). Toiminnan tiheyttä arvioidaan vaihtoehtoilla ”hyvin harvoin”=1, ”satunnaisesti”=2, ”erittäin usein”=3 ja ”ei sovellettavissa työtehtävääni”=0. Aineistoa voidaan siis tulkita luokittelemalla toiminnan laatu neljään sektoriin edellä esitetyn asteikon mukaisesti heikosta erittäin hyvään, mutta luokittelu voidaan myös kuvata sairaanhoitajan uramallin mukaisesti perehtyvä (VAS 0–25), suoriutuva (VAS >25–50), pätevä (VAS >50–75) ja taitava (>75–100). (Meretoja 2003; Meretoja – Isoaho – Leino-Kilpi 2004.)

Aineistonkeruu toteutettiin viidessä eri ensihoitopalvelun toimipisteessä, Heinolassa, Iitissä, Karkkilassa, Kemiössä ja Tuusulassa. Aineistonkeruussa yhdyshenkilöinä toimivat toimipisteiden esimiehet. He jakoivat toimipaikassaan kirjekuoret, jotka sisälsivät kyselylomakkeen ja saatekirjeen. Kyselylomakkeiden palautus tapahtui omalla työpaikalla yhdessä sovittuun paikkaan. Toimipisteiden esimiehet palauttivat vastauskuoret postitse työn tekijälle. Aineisto kerättiin maaliskuussa 2011 ja vastausajaksi suunniteltiin kahta viikkoa. Koska kahden viikon aikana vastauksia saatiin alle kaksikymmentä,

päätettiin vastausaikaa jatkaa vielä toisella kahdella viikolla. Jatkoaikana saatiin kaksi vastausta lisää.

5 Aineiston analyysimenetelmät

Aineisto koostui määrällisestä ja laadullisesta tiedosta. NCS-mittarilla kerätty määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Avoimella kysymyksellä kerätty laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla.

5.1 Määrällisen aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin tilastollisesti käyttämällä PASW-tilasto-ohjelmaa. Aineistoa tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttijakautumien avulla. Taustamuuttujien ja ammatillista pätevyyttä kuvaavien osa-alueiden välistä yhteyttä tutkittiin Mann-Whitney U-testillä ja Kruskal-Wallis testillä. Näitä parametrittomia testejä käytetään, kun kyseessä on pieni aineisto eikä otos ole satunnaistettu, jos aineisto ei noudata normaalijakaumaa ja jos mittari on järjestys- tai luokitteluasteikollinen (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 112).

5.2 Laadullisen aineiston analysointi

Täydennyskoulutustarvetta kuvaavat vastaukset analysoitiin sisällön analyysilla. Sisällön analyysissa aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. Sisällön analyysin avulla onnistuu ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 105.) Sen tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 134). Tässä työssä syntyi käsiteluokituksia ensihoitajien täydennyskoulutustarpeesta.

Aineiston sisällön analyysi voidaan toteuttaa aineisto- tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällön analyysissä pääpaino on aineistossa ja käsitteet rakennetaan aineisto lähtökohtana. Aineistolähtöistä sisällön analyysia käytetään, kun tutkittavasta asiasta ei ole aikaisempaa tietoa tai olemassa oleva tieto on hajanaista. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavia heidän näkökulmastaan koko analyysin ajan. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 115.) Teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällön analysointi perustuu olemassa olevaan teoriaan tai malliin. Deduktiivisessa sisällön analyysissä lähtökohtana on teoria tai teoreettiset käsitteet, näin aineiston sisällön analyysia ohjaa teoria. Aineiston luokittelussa poimitaan analyysirungon mukaisia ilmauksia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135–136.) Tässä työssä käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysia.

Aineistolähtöistä sisällön analyysia voidaan kuvata kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluu aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistäminen tarkoittaa, että alkuperäisestä aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Tämän jälkeen valitaan analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai teema. Alkuperäiset lausumat pelkistetään aineiston käsittein ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Samaa merkitsevät yhdistetään kategorioiksi ja nimetään sisältöä kuvaavalla nimellä. Luokitteluyksikkönä voi olla tutkitavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 110–113.) Aineiston ryhmittelyn jälkeen alakategoriat yhdistetään ja muodostetaan yläkategorioita ja niitä kokoavia käsitteitä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 136–137). Aineiston käsitteellistämisen vaiheessa pyritään erottamaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostamaan valikoidun tiedon perusteella teoreettisia käsitteitä. Käsitteitä yhdistämällä pyritään saamaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 115.)

Avoimeen kysymykseen saadut vastaukset kirjoitettiin aluksi paperille. Aineistosta haettiin vastausta ensihoitajien täydennyskoulutustarpeeseen. Aineistoon tutustuttiin lukeamalla se läpi useaan kertaan sekä etsimällä ilmaisuja täydennyskoulutustarpeista. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin ja niistä muodostettiin alaluokkia. Analyysi jatkui muodostamalla alaluokista yläluokkia. Aineistosta muodostettiin kaksi yläluokkaa: täy-

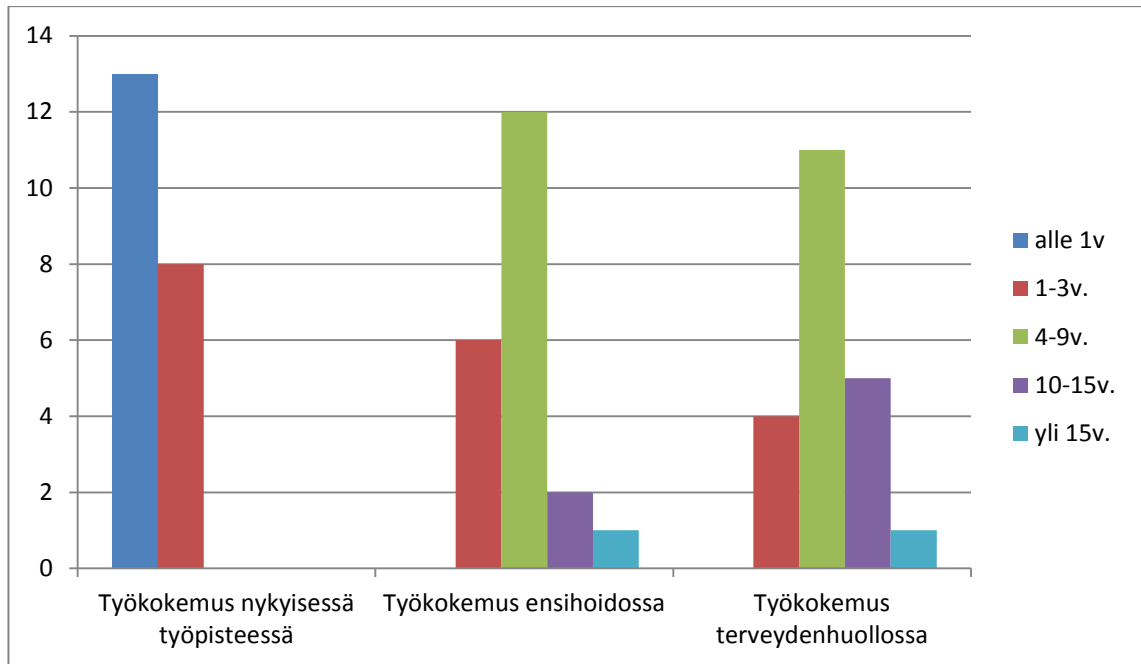
dennyskoulutuksen aiheet ja täydennyskoulutuksen toteuttaminen, joissa molemmissa on useampia alaluokkia. (Taulukot 15 ja 16.)

6 Tulokset

Tulososiossa kuvataan aluksi vastaajien taustatiedot. Ammatillista pätevyyttä kuvataan osa-alueittain: auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimet ja työrooli. Lopuksi esitetään avoimen kysymyksellä saadut laadulliset tulokset.

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaukset kerättiin ensihoitopalvelun viidessä eri toimipisteessä työskenteleviltä ensihoitajilta. Kyselylomakkeen palautti 21 vastaajaa, eli vastausprosentti oli 42. Vastaajista 13 oli koulutukseltaan ensihoitajia ja kahdeksan sairaanhoitajia. Vastaajasta kuudella oli aiempi terveydenhuoltoalan tutkinto, joka oli hankittu ennen valmistumista sairaanhoitajaksi tai ensihoitajaksi. Heistä viidellä oli aiempi lähihoitajatutkinto ja yhdellä lääkintävahtimestari-sairaankuljettajatutkinto. Valmistumisesta ensihoitajaksi tai sairaanhoitajaksi oli seitsemällä vastaajalla alle vuosi, neljällä vastaajalla yhdestä kolmeen vuotta, kuudella vastaajalla neljästä yhdeksään vuotta ja kolmella vastaajalla yli kymmenen vuotta. Lisäksi ensihoitajilta kysyttiin heidän työkokemustaan nykyisessä toimipisteessä, ensihoidossa ja terveydenhuollossa (Kuvio 1).



Kuvio 1. Ensihoitajien työkokemus

6.2 Ensihoitajan ammatillinen pätevyys

Ammatillinen pätevyys koostuu seitsemästä osa-alueesta: auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimet ja työrooli. Ensihoitajien tulokset on esitelty osa-alueittain. Kaikkien osa-alueiden yhteenlaskettu ammatillisen pätevyyden toiminnan laadun keskiarvo oli 60,1. Toiminnan laatua arvioitiin asteikolla 0–100, jossa 0–25 tarkoitti heikkoa, >25–50 tyydyttävää, >50–75 hyvää ja >75–100 erittäin hyvää. Ensihoitajien toiminnan laatu oli siis hyvää.

6.2.1 Auttamisen osa-alue

Auttamisen osa-alueella ammatillista pätevyyttä arvioitiin seitsemän väittämän avulla. Auttamisen osa-alueella ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä keskimäärin hyväksi (Taulukko 1). Erittäin hyväksi ammatillisen pätevyytensä ensihoitajat arvioivat hoitosuunnitelman muokkaamisessa tilanteen mukaiseksi. Ensihoitajat arvioivat toimintansa tyydyttäväksi hoitotieteellisen tiedon aktiivisessa hyödyntämisessä hoitosuhteessa.

Taulukko 1. Ammatillinen pätevyys auttamisen osa-alueella

AUTTAMINEN	n	KA	KH
Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti	20	74,7	19,8
Tuen potilaan selviytymiskeinoja	20	73,1	19,3
Arvioin kriittisesti hoitofilosofiaani	21	61,3	23,4
Muokkaan hoitosuunnitelmaa potilaan tilanteen mukaisesti	21	83,8	13,8
Hyödynnän hoitosuhteessa aktiivisesti hoitotieteellistä tietoa	21	46,5	27,1
Kehitän yksikköni hoitokulttuuria	21	60,2	19,8
Päätöksentekoani ohjaa eettinen arvoperusta	21	73,3	23,3
Auttamisen osa-alueen ka		67,6	20,9

Toiminnan laatu: Heikko 0–25 Tyydyttävä >25–50 Hyvä >50–75 Erittäin hyvä >75–100

Ensihoitajat arvioivat erittäin usein muokkaavansa potilaan hoitosuunnitelmaa ja suunnittelevansa potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti. Lisäksi 14/21 ensihoitajista arvioi eettisen arvoperustan ohjaavan päätöksentekoaan erittäin usein. Ensihoitajista 11/20 arvioi tukevansa potilaan selviytymiskeinoja erittäin usein. Ensihoitajista 14/21 arvioi kehittävänsä yksikkönsä hoitokulttuuria satunnaisesti. Ensihoitajat arvioivat hyödyntävänsä hoitosuhteessa aktiivisesti tutkimustietoa hyvin harvoin tai satunnaisesti. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Toiminnan tiheys auttamisen osa-alueella

Auttaminen	n	Ei sovellettavissa=0	Hyvin harvoin = 1	Satunnaisesti =2	Erittäin usein =3	Toiminnan tiheys
Suunnittelee potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti	20			3	17	2,85
Tukee potilaan selviytymiskeinoja	20		1	8	11	2,50
Arvioi kriittisesti hoitofilosofiaansa	21		3	10	8	2,24
Muokkaa hoitosuunnitelmaa potilaan tilanteen mukaan	21			3	18	2,86
Hyödyntää hoitosuhteessa aktiivisesti tutkimustietoa	21		6	10	5	1,95
Kehittää yksikön hoitokulttuuria	21		2	14	5	2,14
Päätöksentekoa ohjaa eettinen arvoperusta	21			7	14	2,29

Toiminnan tiheys: Ei sovellettavissa työtehtäviin tai sovellettavissa hyvin harvoin ka <2

Sovellettavissa työtehtäviin satunnaisesti tai erittäin usein ≥ 2

6.2.2 Opettamisen ja ohjaamisen osa-alue

Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella ammatillista pätevyyttä arvioitiin 16 väittämän avulla. Opettamisen osa-alueen ammatillinen pätevyys arvioitiin keskimäärin hyväksi. (Taulukko 3.) Erittäin hyvää ammatillinen pätevyys oli oman ammattitaidon ylläpitämisessä, potilaalle ohjattavan asian sisällön hallinnassa sekä potilaan ja omaisten ohjaamisessa. Tyydyttävänä oma toiminta nähtiin uusien työntekijöiden perehdyttämisen kehittämisessä sekä potilasohjauksen kehittämisessä, koordinoinnissa ja potilasohjauksen arvioinnissa.

Taulukko 3. Ammatillinen pätevyys opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella

OPETTAMINEN JA OHJAAMINEN	n	KA	KH
Kartoitan huolellisesti potilaan ohjaustarpeen	20	58,5	26,1
Tunnistan otollisen ajankohdan potilaan ohjaukselle	20	66,1	16,8
Hallitsen potilaalle ohjattavan asian sisällön	20	76,0	18,0
Ohjaan potilasta yksilöllisesti	21	77,6	20,4
Koordinoin potilasohjausta	16	43,8	22,8
Tunnistan omaisen ohjaustarpeita	21	66,4	22,5
Ohjaan omaisia itsenäisesti	21	75,3	19,2
Tunnistan opiskelijan kehitysvaiheen ohjauksen lähtökohdaksi	18	70,1	19,8
Tuen opiskelijaa tavoitteiden saavuttamisessa	18	74,8	22,0
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä potilaan kanssa	17	36,2	28,1
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä omaisten kanssa	16	30,1	25,1
Arvioin potilasohjauksen tuloksia hoitoryhmän kanssa	18	33,2	25,8
Pidän aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostani	21	77,1	18,5
Kehitän potilasohjausta yksikössäni	17	32,2	26,0
Kehitän uusien työntekijöiden perehdytystä yksikössäni	16	47,3	32,0
Kehitän omaa vastuualuettani yksikössäni	18	64,4	30,9
Opettaminen ja ohjaaminen osa-alueen ka		58,1	23,4

Toiminnan laatu Heikko 0–25 Tyydyttävä >25–50 Hyvä >50–75 Erittäin hyvä >75–100

Ensihoitajat arvioivat erittäin usein pitävänsä aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostaan ja hallitsevansa potilaalle ohjattavan asian. Suurin osa ensihoitajista arvioi tunnistavansa otollisen ajankohdan potilaan ohjaukselle sekä kehittävänsä, koordinoivansa ja arvioivansa potilasohjausta hyvin harvoin tai satunnaisesti. Lähes joka viides ensihoita-

ja arvioi, ettei soveltanut työssään oman vastualueen ja potilasohjauksen kehittämistä. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Toiminnan tiheys opettaminen ja ohjaaminen osa-alueella

Opettaminen ja ohjaaminen	n	Ei sovellettavissa = 0	Hyvin harvoin = 1	Satunnaisesti = 2	Erittäin usein = 3	Toiminnan tiheys
Kartoittaa huolellisesti potilaan ohjaustarpeen	20	1	3	7	9	2,20
Tunnistaa otollisen ajan- kohdan potilaan ohjauk- selle	20		2	11	7	2,25
Hallitsee potilaalle oh- jattavan asian sisällön	20		1	4	15	2,70
Ohjaa potilasta yksilöllis- esti	21		1	5	15	2,67
Koordinoi potilasohja- usta	16		4	10	2	1,69
Tunnistaa omaisen ohja- ustarpeita	21			9	12	2,57
Ohjaa omaisia itsenäisesti	21		1	8	12	2,52
Tunnistaa opiskelijan kehi- tysvaiheen ohjauksen lähtökohtana	18	1	2	7	8	2,22
Tukee opiskelijaa tavoit- teiden saavuttamisessa	18	1	2	2	13	2,50
Arvioi ohjauksen tulok- sia yhdessä potilaan kanssa	17	2	8	5	2	1,41
Arvioi ohjauksen tulok- sia yhdessä omaisten kanssa	16	2	10	2	2	1,25
Arvioi potilasohjauksen tuloksia hoitoryhmän kanssa	18	2	10	4	2	1,33
Pitää aktiivisesti huolta omasta ammattitaidos- ta	21			5	16	2,76
Kehittää potilasohjaus- ta yksikössä	17	3	10	3	1	1,11
Kehittää uusien työnteki- jöiden perehdytystä yksi- kössä	16	2	6	4	4	1,63
Kehittää omaa vastuualu- ettaan yksikössä	18	3		6	9	2,16

Toiminnan tiheys: Ei sovellettavissa työtehtäviin tai sovellettavissa hyvin harvoin ka <2

Sovellettavissa työtehtäviin satunnaisesti tai erittäin usein ≥ 2

6.2.3 Tarkkailutehtävän osa-alue

Tarkkailutehtävä osa-alueen ammatillista pätevyyttä arvioitiin seitsemän väittämän avulla. Tarkkailutehtävän osa-alueella ammatillinen pätevyys arvioitiin keskimäärin hyväksi. Erittäin hyvää ammatillinen pätevyys oli potilaan voinnin monipuolisessa analysoinnissa. Tyydyttävää ammatillinen pätevyys oli työyksikön kirjaamisen kehittämisessä. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Ammatillinen pätevyys tarkkailutehtävän osa-alueella

TARKKAILUTEHTÄVÄ	n	KA	KH
Analysoin potilaan vointia monipuolisesti	21	82,5	17,3
Tunnistan potilaan henkisen tuen tarpeen	21	74,4	19,5
Tunnistan omaisten henkisen tuen tarpeen	21	69,8	23,8
Järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua	19	62,9	26,3
Ohjaan muuta henkilökuntaa potilaiden tarkkailussa	18	52,4	23,7
Ohjaan muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä	17	52,2	16,9
Kehittää kirjaamista työyksikössä	18	40,4	27,0
Tarkkailutehtävä osa-alueen ka		62,1	22,1

Toiminnan laatu Heikko 0–25 Tyydyttävä >25–50 Hyvä >50–75 Erittäin hyvä >75–100

Ensihoitajat arvioivat erittäin usein analysoivansa potilaan monipuolisesti. Suurin osa ensihoitajista arvioi järjestävänsä potilaalle asiantuntija-apua, ohjaavansa muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä ja kehittävänsä kirjaamista työyksikössään hyvin harvoin tai satunnaisesti. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Toiminnan tiheys tarkkailutehtävän osa-alueella

Tarkkailutehtävä	n	Ei sovellet- tavissa = 0	Hyvin harvoin = 1	Sa- tunai- sesti =2	Erittäin usein =3	Toiminnan tiheys
Analysoi potilaan monipuolisesti	21		1		20	2,90
Tunnistaa potilaan hen- kisen tuen tarpeen	21		1	8	12	2,52
Tunnistaa omaisten henkisen tuen tarpeen	21		2	7	12	2,48
Järjestää potilaalle tarvittaessa asian- tuntija-apua	19		8	4	7	1,95
Ohjaa muuta henkilö- kuntaa potilaiden tark- kailussa	18		4	9	5	2,06
Ohjaa muuta henki- lökuntaa tarkkailu- välineistön käytössä	17		2	12	3	1,71
Kehittää kirjaamista työyksikössä	18		8	8	2	1,67

Toiminnan tiheys: Ei sovellettavissa työtehtäviin tai sovellettavissa hyvin harvoin ka <2

Sovellettavissa työtehtäviin satunnaisesti tai erittäin usein ≥ 2

6.2.4 Tilannehallinnan osa-alue

Tilannehallinnan osa-alueella ammatillista pätevyyttä arvioitiin kahdeksan väittämän avulla. Tilannehallinnan osa-alueella ammatillinen pätevyys arvioitiin keskimäärin hyväksi. Erittäin hyvää ammatillinen pätevyys oli toiminnassa hätätilanteessa, hengenvaarallisten tilanteiden tunnistamisessa, toiminnan priorisoinnissa joustavasti tilanteen mukaan ja laitteiston toimintavalmiuden ylläpitämisessä. Heikointa toiminnan laatu oli kriisitilanteiden jälkiselvittelyn järjestämisessä. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Ammatillinen pätevyys tilannehallinnan osa-alueella

TILANNEHALLINTA	n	KA	KH
Tunnistan hengenvaaralliset tilanteet varhain	21	83,3	16,3
Priorisoin toimintaa joustavasti tilanteen mukaan	21	84,2	13,6
Toimin hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla	21	90,3	9,9
Järjestän tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn	20	50,0	32,7
Ohjaan työtovereita nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa	19	53,2	27,5
Suunnittelen potilaiden hoitoa yksikön tilanteen mukaisesti	19	65,5	28,1
Ylläpidän välineistön toimintavalmiutta	21	80,7	18,1
Edistän yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa	19	68,2	21,2
Tilannehallinnan osa-alueen ka		71,9	20,9

Toiminnan laatu: Heikko 0–25 Tyydyttävä >25–50 Hyvä >50–75 Erittäin hyvä >75–100

Ensihoitajat arvioivat tunnistavansa hengenvaaralliset tilanteet, priorisoivansa toimintaansa joustavasti tilanteen mukaan, toimivansa hätätilanteessa tilanteen vaatimalla tavalla ja ylläpitävänsä välineistön toimintavalmiutta erittäin usein. Suurin osa ensihoitajista arvioi ohjaavansa työtovereita nopeasti muuttuvissa tilanteissa ja järjestävänsä tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn hyvin harvoin tai satunnaisesti. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Toiminnan tiheys tilannehallinnan osa-alueella

Tilannehallinta	n	Ei sovellettavissa =0	Hyvin harvoin =1	Satunnaisesti =2	Erittäin usein =3	Toiminnan tiheys
Tunnistaa hengenvaaralliset tilanteet varhain	21		1	3	17	2,76
Priorisoi toimintaa joustavasti tilanteen mukaan	21			5	16	2,52
Toimii hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla	21			3	18	2,86
Järjestää tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn	20	1	11	6	2	1,45
Ohjaa työtovereita nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa	19		7	10	2	1,58
Suunnittelee potilaiden hoitoa yksikön tilanteen mukaisesti	19		4	8	7	2,16
Ylläpitää välineistön toimintavalmiutta	21			5	16	2,52
Edistää yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa	19		2	10	7	2,26

Toiminnan tiheys: Ei sovellettavissa työtehtäviin tai sovellettavissa hyvin harvoin ka <2

Sovellettavissa työtehtäviin satunnaisesti tai erittäin usein ≥ 2

6.2.5 Hoitotoimien hallinnan osa-alue

Hoitotoimien osa-alueella ammatillista pätevyyttä arvioitiin kymmenen väittämän avulla. Hoitotoimien osa-alueella ammatillinen pätevyys arvioitiin keskimäärin tyydyttäväksi. Erittäin hyvää ammatillinen pätevyys oli oman toiminnan joustavassa suunnittelussa tilanteen mukaan ja tilanteenmukaisessa päätöksenteossa potilaan hoidossa. Ammatillinen pätevyys arvioitiin heikoksi osallistumisessa moniammatillisten hoito-ohjelmien yhtenäistämiseen. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Ammatillinen pätevyys hoitotoimien hallinnan osa-alueella

HOITOTOIMIEN HALLINTA	n	KA	KH
Suunnittelen omaa toimintaani joustavasti tilanteen mukaan	21	82,4	15,1
Teen tilanteenmukaisia päätöksiä potilaan hoidosta	21	86,6	13,2
Koordinoin moniammatillista yhteistyötä	18	44,3	32,5
Ohjaan työtovereita hoitotoimenpiteiden toteutuksessa	18	47,3	28,9
Pidän ajan tasalla ohjekansioita	16	27,7	24,4
Toimin konsulttina muille työntekijöille	16	34,8	33,9
Hyödynnän toiminnassani aktiivisesti tutkimustietoa	20	53,0	31,3
Arvioin systemaattisesti hoidon tuloksellisuutta	20	60,1	31,3
Kehitän hoitokäytäntöjä	17	35,1	23,6
Osallistun moniammatillisten hoito-ohjelmien yhtenäistämiseen	13	22,6	18,5
Hoitotoimet osa-alueen ka		49,4	25,3

Toiminnan laatu: Heikko 0–25 Tyydyttävä >25–50 Hyvä >50–75 Erittäin hyvä >75–100

Ensihoitajat arvioivat suunnittelevansa toimintaansa joustavasti tilanteen mukaan ja tekevänsä tilanteen mukaisia päätöksiä potilaan hoidosta erittäin usein. Suurin osa arvioi pitävänsä ohjekansioita ajan tasalla, ohjaavansa työtovereita hoitotoimenpiteiden toteutuksessa, kehittävänsä hoitokäytäntöjä, hyödyntävänsä toiminnassaan aktiivisesti tutkimustietoa, toimivansa konsulttina muille työntekijöille ja osallistuvansa moniammatillisten hoito-ohjeiden yhtenäistämiseen hyvin harvoin tai satunnaisesti. Joka neljäs ensihoitaja arvioi, ettei voinut työssään osallistua moniammatillisten hoito-ohjeiden yhtenäistämiseen. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Toiminnan tiheys hoitotoimien osa-alueella

Hoitotoimet	n	Ei sovellettavissa =0	Hyvin harvoin =1	Satunnaisesti =2	Erittäin usein =3	Toiminnan tiheys
Suunnittelee omaa toimintaa joustavasti tilanteen mukaan	21		1	3	17	2,76
Tekee tilanteenmukaisia päätöksiä potilaan hoidosta	21			4	17	2,81
Koordinoi moniammatillista yhteistyötä	18	2	8	1	7	1,72
Ohjaa työtovereita hoitotoimenpiteiden toteutuksessa	18		5	9	4	1,94
Pitää ajan tasalla ohjekansioita	16	1	11	4		1,19
Toimii konsulttina muille työntekijöille	16	2	8	4	2	1,38
Hyödyntää toiminnassa aktiivisesti tutkimustietoa	20		6	10	4	1,90
Arvioi systemaattisesti hoidon tuloksellisuutta	20		3	6	11	2,40
Kehittää hoitokäytäntöjä	17	1	9	6	1	1,41
Osallistuu moniammatillisten hoito-ohjelmien yhtenäistämiseen	13	3	8	2		0,92

Toiminnan tiheys: Ei sovellettavissa työtehtäviin tai sovellettavissa hyvin harvoin ka <2

Sovellettavissa työtehtäviin satunnaisesti tai erittäin usein ≥ 2

6.2.6 Laadunvarmistuksen osa-alue

Laadunvarmistuksen osa-alueella ammatillista pätevyyttä mitattiin kuuden väittämän avulla. Laadunvarmistuksen osa-alueella ammatillinen pätevyys arvioitiin keskimäärin hyväksi. Laadunvarmistuksen osa-alueella ammatillinen pätevyys arvioitiin parhaimmaksi organisaation hoitofilosofiaan sitoutumisessa. Ammatillinen pätevyys arvioitiin tyydyttäväksi aloitteiden tekemisessä kehittämis- ja tutkimuskohteiksi, yksikön hoitofilosofian kriittisessä arvioinnissa sekä hoidon tuloksellisuuden arvioinnissa potilaspalautteen avulla. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Ammatillinen pätevyys laadunvarmistuksen osa-alueella

LAADUNVARMISTUS	n	KA	KH
Sitoutuu organisaation hoitofilosofian toteuttamiseen	19	69,2	26,4
Tunnistaa potilashoidossa kehittämis- ja tutkimuskohteita	21	60,7	22,6
Arvioi kriittisesti yksikön hoitofilosofiaa	18	46,7	33,4
Arvioi hoidon tuloksellisuutta potilaspalautteen avulla	16	42,4	32,2
Hyödyntää potilashoidon kehittämisessä tutkimustietoa	19	55,1	31,0
Tekee aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi	19	47,1	29,7
Laadunvarmistus osa-alueen ka		53,5	29,2

Toiminnan laatu Heikko 0–25 Tyydyttävä >25–50 Hyvä >50–75 Erittäin hyvä >75–100

Suurin osa ensihoitajista arvioi sitoutuvansa organisaationsa hoitofilosofian toteuttamiseen satunnaisesti tai erittäin usein. Ensihoitajat arvioivat hoidon tuloksellisuutta potilaspalautteen avulla hyvin harvoin. Yksittäisten ensihoitajien mielestä heidän työssään ei ollut mahdollista arvioida kriittisesti yksikkönsä hoitofilosofiaa tai hoidon tuloksellisuutta. Lisäksi arvioitiin, että työssä ei ollut mahdollisuutta tunnistaa ja tehdä aloitteita kehittämis- tai tutkimuskohteiksi. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Toiminnan tiheys laadunvarmistuksen osa-alueella

Laadunvarmistus	n	Ei sovellet- tavissa =0	Hyvin harvoin =1	Satun- naisesti =2	Erittäin usein =3	Toimin- nan tiheys
Sitoutuu organisaation hoitofilosofian toteuttamiseen	19		2	5	12	2,53
Tunnistaa potilashoidossa kehittämis- ja tutkimuskohteita	21	1	3	13	4	1,95
Arvioi kriittisesti yksikön hoitofilosofiaa	18	1	7	6	4	1,72
Arvioi hoidon tuloksellisuutta potilaspalautteen avulla	16	2	7	5	2	1,44
Hyödyntää potilashoidon kehittämisessä tutkimustietoa	19		6	11	2	1,79
Tekee aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi	19	2	6	8	3	1,63

6.2.7. Työroolin osa-alue

Työroolin osa-alueella ammatillista pätevyyttä arvioitiin 19 väittämän avulla. Työroolin osa-alueella ammatillinen pätevyys arvioitiin keskimäärin hyväksi. Erittäin hyväksi ammatillinen pätevyys arvioitiin itseohjautuvassa toiminnassa. Tyydyttävää ammatillinen pätevyys oli potilaan kokonaishoidon koordinoinnissa sekä toimimisessa uusien työntekijöiden perehdyttäjänä, opiskelijoiden vastaavana ohjaajana sekä hoitoryhmän asiantuntijana. Ammatillinen pätevyys oli heikkoa potilashoidon kehittämisessä moniammatillisessa työryhmässä.

Taulukko 13. Ammatillinen pätevyys työroolin osa-alueella

TYÖROOLI	n	KA	KH
Tunnistan työtovereitteni avuntarpeen	20	64,2	22,1
Tunnistan oman jaksamiseni rajat	21	71,0	25,0
Ammatti-identiteettini toimii voimavarana hoitotyössä	21	71,5	25,0
Kannan taloudellista vastuuta yksikköni toiminnasta	17	50,6	37,4
Tunnen organisaationi sisäisen yhteistyöjaon	20	66,6	27,9
Toimin opiskelijoiden vastaavana ohjaajana	14	34,4	41,7
Toimin uusien työntekijöiden perehdyttäjänä	15	47,4	37,0
Toimin hoitoryhmässä asiantuntijana	15	48,1	35,3
Toimin itseohjautuvasti	21	77,3	23,0
Ohjaan muuta henkilökuntaa kykyjen mukaisiin tehtäviin	15	53,3	37,4
Hankin aktiivisesti tutkittua tietoa	21	54,4	29,6
Huolehdin yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä	21	58,9	30,7
Pidän huolta omasta jaksamisestani	21	70,3	26,7
Hyödynnän tietotekniikkaa hoitotyössä	19	67,1	28,3
Koordinoin potilaan kokonaishoitoa	16	46,2	26,5
Johdan tarvittaessa työryhmän toimintaa	18	73,2	27,2
Annan työtovereilleni rakentavaa palautetta	21	61,9	24,7
Kehitän potilashoitoa moniammatillisissa työryhmissä	14	23,8	19,1
Kehitän työympäristöä	20	62,8	23,2
Työrooli osa-alueen ka		58,1	28,8

Toiminnan laatu: Heikko 0–25 Tyydyttävä >25–50 Hyvä >50–75 Erittäin hyvä >75–100

Taulukko 14. Toiminnan tiheys työroolin osa-alueella

Työrooli	n	Ei sovellettavissa =0	Hyvin harvoin =1	Satunnaisesti =2	Erittäin usein =3	Toiminnan tiheys
Tunnistaa työtovereitten avuntarpeen	20		2	12	6	2,20
Tunnistaa oman jaksamisen rajat	21		1	8	12	2,52
Ammatti-identiteetti toimii voimavarana hoitotyössä	21		4	5	12	2,38
Kantaa taloudellista vastuuta yksikön toiminnasta	17	2	7	2	6	1,70
Tuntee organisaation sisäisen yhteistyöjaon	20		2	6	12	2,50
Toimii opiskelijoiden vastaavana ohjaajana	14	4	6	3	1	1,07
Toimii uusien työntekijöiden perehdyttäjänä	15	3	4	4	4	1,60
Toimii hoitoryhmässä asiantuntijana	15	4	2	5	4	1,60
Toimii itseohjautuvasti	21		1	4	16	2,71
Ohjaa muuta henkilökuntaa kykyjen mukaisiin tehtäviin	15	2	4	5	4	1,73
Hankkii aktiivisesti tutkittua tietoa	21		6	11	4	1,90
Huolehtii yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä	21	1	3	12	5	2,00
Pitää huolta omasta jaksamisesta	21		3	5	13	2,48
Hyödyntää tietotekniikkaa hoitotyössä	19		2	8	9	2,37
Koordinoi potilaan kokonaishoitoa	16	1	4	7	4	1,86
Johtaa tarvittaessa työryhmän toimintaa	18		3	9	6	2,16
Antaa työtovereille rakentavaa palautetta	21		3	14	4	2,05
Kehittää potilashoitoa moniammatillisissa työryhmässä	14	3	7	4		1,07
Kehittää työympäristöä	20		4	12	4	2,00

Toiminnan tiheys: Ei sovellettavissa työtehtäviin tai sovellettavissa hyvin harvoin ka <2

Sovellettavissa työtehtäviin satunnaisesti tai erittäin usein ≥ 2

Ensihoitajat arvioivat tunnistavansa oman jaksamisen rajat ja toimivansa itseohjautuvasti erittäin usein. Hyvin harvoin tai satunnaisesti suurin osa ensihoitajista arvioi kehit-

tävänsä potilashoitoa moniammatillisessa työryhmässä, hankkivansa aktiivisesti tutkittua tietoa ja toimivansa opiskelijoiden vastaavana ohjaajana. Lähes joka kolmas ensihoitaja arvioi, ettei toiminut opiskelijoiden vastaavana ohjaajana. Joka neljäs arvioi, ettei toiminut hoitoryhmässä asiantuntijana. Joka viides ensihoitaja ei toiminut uusien työntekijöiden perehdyttäjänä eikä kehittänyt potilashoitoa moniammatillisessa hoitoryhmässä. (Taulukko 14.)

6.2.8 Taustamuuttujien vaikutus ammatilliseen pätevyyteen

Taustamuuttujien eli koulutuksen sekä työkokemuksen (nykyisessä toimipisteessä, ensihoidossa ja terveydenhuoltoalalla yleensä) yhteyttä ammatilliseen pätevyyteen testattiin. Tulosten mukaan taustamuuttujilla ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä ensihoitajien ammatillisen pätevyyteen ($p > 0,05$).

6.3. Täydennyskoulutustarve

Täydennyskoulutustarpeesta kysyttiin yhdellä avoimella kysymyksellä. Ensihoitajat saivat avoimesti kertoa, millaisia täydennyskoulutustarpeita heillä on. Vastauksia palautettiin yhteensä 19/21.

6.3.1 Täydennyskoulutuksen aiheet

Aineisto luokiteltiin kolmeen alaluokkaan. Yhdeksi alaluokaksi muodostui peruselintointojen arviointiin ja turvaamiseen liittyvä koulutus. Toiseksi alaluokaksi nostettiin yhteistyön sujumiseen liittyvä koulutus. Kolmanneksi alaluokaksi nousi tiedollista osaamista päivittävä koulutus. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Täydennyskoulutuksen aiheet

Alkuperäinen ilmaisu	pelkistetty ilmaisu	alaluokka
<p>"Vähäisten toistojen takia ilmatien varmistaminen: intubaatio ym käytännönharjoittelu"</p> <p>"Täydennyskoulutus ylläpitokoulutus intubaatioon ja muihin harvemmin tarvittaviin toimenpiteisiin"</p> <p>"Toimenpiteiden harjoittelua esim. intubaatio leikkaussalissa"</p> <p>"Käytännön taidot"</p> <p>"Ekg:n tulkinta"</p>	<p>Hengitysteiden hallinta</p> <p>Ensihoidon toimenpiteet</p> <p>Sydämen toiminnan arviointi</p>	<p>Peruselintointojen arvioiminen ja turvaaminen</p>
<p>"Suuronnettomuuskoulutus erityisesti viestiliikenteen osalta"</p> <p>"MOPO (eli monipotilas)-tilanteiden koulutusta"</p> <p>"Moniammatillinen yhteistyökoulutushätäkeskuksen, poliisi, pelastustoimen ja sosiaalitoimen kanssa"</p> <p>"Esimieskoulutus"</p> <p>"Johtamis/esimieskoulutus"</p> <p>"Potilaan ja omaisen kohtaaminen kriisin (esim. läheisen kuolema) jälkeen"</p>	<p>Toiminta monipotilastilanteissa</p> <p>Toiminta yhteistoimintatilanteissa</p> <p>Viestiliikenne</p> <p>Johtaminen ensihoitotilanteissa</p> <p>Potilaan ja omaisten kohtaaminen</p>	<p>Yhteistyön sujuminen</p>
<p>"Täydennyskoulutus jossa kerrotaan alan uusista tutkimustuloksista, välineistöstä, toimintatavoista ja niiden hyödyntämisestä sekä päivitetyistä hoito-ohjeista"</p> <p>"Erilaisten uusien hoitokäytäntöjen kertaaminen pohjatieto mukaan otettuna kertaustilanteessa"</p> <p>"Ensihoidon sairaalan ulkopuoliseen hoitoon liittyvät koulutukset"</p> <p>"Teoreettiset luennot kaikista aiheista"</p> <p>"Asioiden käymistä läpi teoriatasolla, kertausta"</p>	<p>Toimintaohjeiden päivitys</p> <p>Hoito-ohjeistus</p>	<p>Tiedon päivittäminen</p>
<p>"Syventävä koulutus lääkehoidosta"</p> <p>"Lääkehoito ensihoidossa, potilaan kotilääkitys"</p> <p>"Kertausta lääkehoidosta"</p> <p>"Lapsipotilaiden erityispiirteet, edellisestä koulutuksesta on jo aikaa"</p> <p>"Koulutusta pientraumoista"</p> <p>"Kertausta kardiologiasta"</p>	<p>Lääkehoito</p> <p>Eri potilasryhmien hoito</p>	

6.3.2 Täydennyskoulutuksen järjestäminen

Koulutuksen saatavuus ja koulutusmenetelmät muodostuivat täydennyskoulutuksen järjestämisen alaluokiksi. Täydennyskoulutusta toivottiin järjestettävän säännöllisesti, toistuvasti ja palkallisesti. Lisäksi vastaajat esittivät toiveita koulutusmenetelmistä. Simulaatioharjoittelu ja ensihoidon ammattilaisten luennot mainittiin useasti. Myös käytännön harjoittelun eri toimintaympäristöissä koettiin vahvistavan ammatillista pätevyyttä.

Taulukko 16. Täydennyskoulutuksen järjestäminen

Alkuperäinen ilmaisu	pelkistetty ilmaisu	alaluokka
"Täydennyskoulutuksen tulisi olla monipuolista ja jatkuvaa/toistuvaa ja työnantajan tulisi tukea sitä" "Säännöllinen täydennyskoulutus" "Koulutus, joka vastaisi kehittävästi työhöni ensihoitajana hoitotasolla" "Mielellään koulutuksesta maksettaisiin palkka eikä niin, että itse maksat" "Palkallinen koulutus"	Säännöllisyys Toistuva Palkallinen	Koulutuksen saata- vuus
"Simulaatiokoulutuksen hyödyntäminen (erilaiset potilaat/hätätilanteet)" "Simulaatiokoulutukset" "Ensihoidon ammattilaisten suunnittelu ja simulaatiossa toteutettu harjoittelu" "Työporukalla tehtävät simulaatioharjoitteet" "Mahdollisuus osallistua alaan liittyviin opintopäiviin (luennot, työpajat)" "Ensihoidon opintopäivät" "Päivän tai kahden mittaiset "TET" harjoittelut esim. leikkuri, synnäri, lastenosasto, valvonta jne. (tutustuu hommiin mitä kentällä ei pääse tekemään)" "Lisäksi erilaisten tapausesimerkkien läpikäyntiä: mitä on tehty, mitä olisi voinut tehdä ym." "Lääkäriluennot (esim. Medi-Heli) ja mahd. käytännön harjoitukset ryhmissä" "Intensiiviset ensihoitolääkärin teorialuennot (muutaman tunnin paketteja x 6/v)"	Simulaatioharjoittelu Käytännön harjoittelu Työnkierto Lääketieteelliset luennot Ensihoidolliset luennot	Koulutusmenetelmä

7 Eettiset kysymykset

Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus liittyvät toisiinsa kiinteästi. Uskottavuuden perusta on, että tutkimuksen tekemisessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 129.) Tämä tarkoittaa tieteessä hyväksytyjen ja eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja analysointimenetelmien käyttöä. Tutkijan tulee olla rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimuksen teon kaikissa vaiheissa. Tutkijan tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden työ ja saavutukset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: 5.)

Tutkimusetiikka jaotellaan tieteen sisäiseen ja ulkopuoliseen etiikkaan. Sisäisellä etiikalla tarkoitetaan, että aineistoa ei luoda tyhjästä ja väärennetä. Lisäksi sisäiseen etiikkaan kuuluu tiedeyhteisön sisäisten säästöjen noudattaminen. Tieteen ulkopuolinen etiikka käsittää alan ulkopuolisten seikkojen vaikutuksen tutkimusaiheen valintaan ja asian tutkimiseen, esimerkiksi tutkimuksen rahoittajien vaikutus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 173.)

NCS-mittarin kehittäjältä saatiin lupa mittarin käyttämiseen ensihoitajien ammatillisen pätevyyden mittaamisessa. Myös Med Group Oy:n varatoimitusjohtajalta saatiin lupa kerätä aineisto yrityksen työntekijöiltä.

Tutkimukseen osallistuminen tulee perustua tietoiseen suostumukseen eli tutkittavan tulee tietää tutkimuksen luonne ja se, että hän voi kieltäytyä ja keskeyttää tutkimuksen halutessaan. Lisäksi vastaajille tulee antaa mahdollisuus esittää kysymyksiä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 178–179.) Edellä mainittujen asioiden varmistamiseksi kyselylomakkeen mukana lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, osallistumisen vapaaehtoisuus ja tutkimuksen tekijän yhteystiedot mahdollisten kysymysten varalle.

8 Luotettavuuskysymykset

Määrällisen aineiston luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla mittarin, aineistonkeruun ja tulosten luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa puhutaan validiteetista ja reliabiliteetista. Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä selvittää sitä, mitä oli tarkoituskin selvittää. Tutkimuksen validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Ulkoista validiteettia arvioitaessa kiinnitetään huomio tutkimuksen otokseen ja yleistettävyyteen. Tutkimuksen ulkoista validiteettia arvioitaessa tarkastellaan myös tutkijavaikutusta, valikoitumista ja tutkimusasetelman vaikutusta. Tutkimuksen sisäistä validiteettia tarkasteltaessa kysytään, mitaanko sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus edellyttää tiedonkeruun ja mittauksen luotettavuutta. (Vehkalahti 2008: 20, 40–41.)

Laadullista tutkimusta sanotaan luotettavaksi, kun tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia eikä tutkimuksessa muodostettu teoria ole sattumanvarainen (Vilkka 2005: 158). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi tutkijan tulee tarkasti selvittää tutkimuksen toteuttaminen. Tutkimuksen vaiheet kerrotaan selvästi ja totuudenmukaisesti. Luokittelujen perusteet kerrotaan, ja tuloksista tehtäville johtopäätöksille tulee kertoa perustelut. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2009: 232.) Näin ajatellen laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse, koska arvioinnin kohteena ovat hänen tekonsa, valintansa ja ratkaisunsa (Vilkka 2005: 158–159).

8.1 Mittarin luotettavuus

Mittarin validiteetti eli luotettavuus on määrällisen tutkimuksen luotettavuuden perusta. Jos mittari on valittu väärin tai se ei mittaa haluttua tutkimusilmiötä, on mahdotonta saada luotettavia tuloksia. Mittarin sisältövaliditeettia arvioidaan tarkastelemalla, mitaako mittari mitattavaa ilmiötä, onko valittu oikea mittari, onko käsitteet operationalisoitu luotettavasti ja millainen on mittarin teoreettinen rakenne. Koko tutkimuksen luotettavuus perustuu siis mittarin sisältövaliditeettiin. On mahdotonta saada luotettavia tuloksia, jos mittari on valittu väärin eikä se mittaa haluttua ilmiötä. Tämän vuoksi suositellaankin käyttämään olemassa olevia, testattuja ja standardoituja mittareita. (Kank-

kunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 152–153.) Tässä työssä käytetyn NCS-mittarin validiteettia on arvioitu rinnakkaismittausten, faktorianalyysin ja vastakkaisten ryhmien avulla. Se on osoittautunut validiksi mittariksi sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden arviointiin erilaisissa erikoissairaanhoidon toimintaympäristöissä. (Meretoja – Isoaho – Leino-Kilpi 2004.) Tässä työssä ammattipätevyysmittaria käytettiin alkuperäisessä muodossaan, eikä sen validiteettia erikseen tutkittu. Huomioitavaa on kuitenkin se, ettei mittaria ole aiemmin käytetty ensihoitajien ammatillisen pätevyyden mittaamiseen.

Mittarin ulkoista luotettavuutta arvioidaan otoksen ja kadon suhteella. Jotta ulkoisen validiteetin voi turvata, suositellaan tehtäväksi katoanalyysi. Tämä voi kuitenkin olla mahdotonta, jos vastaajat vastaavat anonyymisti. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 156.) Tässä työssä ei tehty katoanalyysia pienen aineiston ja anonyymiteetin turvaamisen vuoksi.

Mittarin reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tätä voidaan tarkastella mittaamalla eri aineistoja samalla mittarilla. Reliabiliteettia arvioidaan mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmista. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 156–157.) NCS-mittarin reliabiliteettia on arvioitu mittarin osien sisäisellä johdonmukaisuudella ja rinnakkaisarviointien avulla. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta on arvioitu aiemmin Cronbachin alfa-kertoimella, joka osoitti mittarin sisäistä johdonmukaisuutta. Meretoja myös mittasi sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä samoilta vastaajilta kahdella mittauksella, jotka toteutettiin kahden viikon välein. Mittauksissa todettiin, että auttamisen ja työroolin osa-alueella mittaus oli pysyvää. (Meretoja 2003.) Tässä työssä sisäistä johdonmukaisuutta ei arvioitu Cronbachin alfa-kertoimella, koska otos oli pieni.

8.2 Aineiston luotettavuus

Määrällisen aineiston luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen. Luotettavuutta arvioidaan mittarin validiteetilla ja reliabiliteetilla. Mittarin on kyettävä rajaamaan tutkittava käsite ja pystyttävä erottelemaan käsitteen eri tasoja ja osioita. (Metsämuuronen 2009: 74.) Aineistonkeruun luotettavuutta voidaan parantaa hyvillä ohjeilla. Mahdollisia aineistonkeruuseen liittyviä virhelähteitä ovat esimerkiksi mittausaika, väsymys, kiire, kysymysten paljous, kysymysten ymmärrettävyys ja niiden järjestyks sekä ympäristötekijät, kuten tutkimuspaikka. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006: 210.) Tässä työssä vastaajille lähetettiin kyselylomakkeen mukana saatekirje, jossa annettiin vastausohjeita, lisäksi kyselylomakkeessa oli mittarin laatijan antamat ohjeet vastaajille. Vastaajille tarjottiin mahdollisuus vastata kyselyyn työaikana. Tämä saattoi aiheuttaa sen, että vastaaminen mahdollisesti keskeytyi ensihoitotehtävien vuoksi ja vastaajat saattoivat olla väsyneitä. Osa kyselylomakkeen saaneista oli ilmoittanut esimiehelleen kyselylomakkeen olleen niin pitkä, etteivät he jaksaneet vastata kyselyyn. Lisäksi tässä tutkimuksessa aineiston luotettavuuteen on voinut vaikuttaa aineiston kerääjän toimiminen ensihoitajana yhdessä aineistonkeruun kohteena olleessa toimipisteessä, vaikka saatekirjeessä vastaajille luvattiin käsitellä vastaukset anonyymisti.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereiksi on nostettu uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuuden kannalta tulosten tulee olla kuvattu niin selkeästi, että siitä voidaan ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimukset vahvuudet ja rajoitukset. Analyysin etenemistä alkuperäistekstistä alkaen voidaan selvittää taulukoin ja liittein. Siirrettävyys edellyttää huolellista kuvausta tutkimusprosessista taustojen selvittämisestä analysointiin. Luotettavuuden lisäämiseksi esitetään raportissa suoria lainauksia haastatteluteksteistä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 160.) Tässä työssä kaikki alkuperäisilmaisut kirjoitettiin taulukkoon näkyville.

8.3 Tulosten luotettavuus

Tulosten luotettavuutta tarkastellaan sisäisen ja ulkoisen luotettavuuden eli validiteetin näkökulmista. Tulosten sisäinen validiteetti tarkoittaa tulosten johtumista asetelmasta eikä muista sekoittavista tekijöistä. Tulosten sisäinen validiteetti huononee, jos vastaajiksi on valikoitunut niin sanottuja hyviä vastaajia tai tutkittavalla on aiempaa kosketusta tutkimusilmiöön. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 158.) Tässä työssä sisäistä validiteettia saattaa huonontaa se, että työn tekijä työskentelee itse yhdessä mukana olleessa toimipisteessä ja osalla vastaajista saattaa olla tutkittavasta asiasta tietoa keskustelujen perusteella.

Määrällisten tulosten ulkoisesta validiteetista kertoo tulosten yleistettävyys (Metsämuuronen 1998: 69; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 158). Yleistettävyyden takia on tärkeää arvioida, kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009:152). Tässä opinnäytetyössä on pieni otos, joten tuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkia ensihoitajia. Otokseen valittiin yrityksen Etelä-Suomen alueella toimivat kiireellisen ensihoitojärjestelmän toimipisteet, koska näiden toimipisteiden ajateltiin kattavan hyvin toimipisteiden erilaisuus. Toimintaympäristöinä oli maalaiskunta, kaupunki, pääkaupunkiseutu ja saaristo. Lisäksi kuljetusmatkat vaihtelevat eri toimipisteiden välillä 0-150 km. Ensihoitajat toimivat välittömässä lähtövalmiudessa tai 15 minuutin lähtövalmiudessa. Vaikka otos oli pieni, tuloksia verrattiin aiempiin tutkimuksiin. Tällä pyrittiin arvioimaan tulosten luotettavuutta.

Määrälliseen tutkimukseen, jossa tehdään otos perusjoukosta, voi liittyä useita virhelähteitä, jotka voidaan jakaa otantavirheisiin ja otannasta riippumattomiin virheisiin. Otantavirheet tarkoittavat muun muassa tutkimusilmiöön sopimattoman otantamenetelmän valintaa, otoksen heikkoa edustavuutta perusjoukossa tai liian pientä otoskoko. Otannasta riippumattomia virheitä ovat esimerkiksi vastaamatta jättäminen ja vastaajien tavoittamattomuudesta johtuvat virheet. Otostutkimuksessa vastaaja voi tahallaan tai tahattomasti antaa vääriä vastauksia tai ymmärtää kysymykset väärin. Mitä pienempää otosta käytetään, sitä varovaisempi tulee olla sen ryhmiin jakamisessa.

Liian pienten ryhmien merkittävyystestaukset jäävät puutteellisiksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 80). Tähän työhön otettiin mukaan kaikki toimipisteissä toimivat ensihoitaja- tai sairaanhoitajatutkinnon (AMK) suorittaneet. Työn ulkopuolelle jätettiin ensihoitajina toimivat lähihoitajat, koska mittari oli spesifi sairaanhoitajille. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta tutkimukseen vastaamisella katsottiin olevan mahdollisuus vaikuttaa täydennyskoulutuksen järjestämiseen yrityksessä.

9 Pohdinta

Pohdinnassa tarkastelen tuloksia NCS-mittarin osa-alueittain suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin. NCS-mittarilla ei ole aiemmin mitattu ensihoitajien arvioimaa ammatillista pätevyyttä, mutta tässä työssä saadut tulokset ovat samansuuntaisia verrattuna sairaanhoitajien arvioimaan ammatilliseen pätevyyteensä. Erona tässä työssä verrattuna Meretojan (2003) tekemään tutkimukseen on se, että ensihoitajat arvioivat hoitotoimien hallinnan osa-alueella ammatillisen pätevyytensä tyydyttäväksi, kun Meretojan tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä joka alueella hyväksi. Myös Meretojan ym. (2009) ja Heikkilän ym. (2005) erikoissairaanhoidossa toimiville sairaanhoitajille tehtyjen tutkimusten mukaan sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys oli hyvää kaikilla osa-alueilla. Mäkipuran (2005) neurologisille sairaanhoitajille tehdys- sä tutkimuksessa tulokset olivat yhtäläiset Meretojan tutkimukseen nähden.

Parhaimmaksi arvioimansa ammatillisen pätevyyden osa-alueita ensihoitajat myös käyttivät eniten työssään (Meretoja 2003; Meretoja – Leino-Kilpi 2003; Meretoja – Leino-Kilpi – Kaira 2004; Heikkilä ym. 2005; Salonen ym. 2005). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös aiemmissa tutkimuksissa. Tarkoittaako tämä sitä, että ensihoitajat käyttävät työssään menetelmiä, joista heillä on aiempaa kokemusta? Vai tarkoittaako se, etteivät ensihoitajat käytä työssään menetelmiä, joiden käytöstä heillä ei ole aiempaa kokemusta?

Auttamisen osa-alueella ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä hyväksi. Tulos on vastaava kuin Meretojan ym. (2009) tekemässä tutkimuksessa. Ensihoitajat arvioivat toimintansa erittäin hyväksi hoitosuunnitelman muokkaamisessa potilaan tilanteen mukaan, ja tämä myös toteutuu ensihoitajien mukaan erittäin usein. Ensihoitajat arvioivat eettisen arvoperustan ohjaavan päätöksentekoaan hyvin, mutta Meretojan ym. (2009) tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat eettisen arvoperustan ohjaavan päätöksentekoaan erittäin hyvin. Molemmat ammattiryhmät arvioivat auttamisen osa-alueella heikoimmaksi ammatillisen pätevyytensä hoitotieteellisen tiedon aktiivisessa hyödyntämisessä. (Meretoja ym. 2009.) Ensihoitajat kokivat myös, että he hyödyntävät hoitosuhteessa aktiivisesti tutkimustietoa harvoin tai satunnaisesti. Johtuuko tämä siitä, ettei heillä ole tutkimustietoa käytössään, vai onko tiedon soveltaminen heistä hankalaa? Tähän voisi täydennyskoulutuksella saada parannusta aikaiseksi esimerkiksi kehittämällä tutkimuksen lukutaitoa.

Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä hyväksi, tämäkin tulos on vastaava Meretojan ym. (2009) tutkimuksen tulosten kanssa. Ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä erittäin hyväksi oman ammatitaidon aktiivisessa ylläpitämisessä, potilaalle ohjattavan asian hallitsemisessa, potilaan yksilöllisessä ohjaamisessa ja omaisten itsenäisessä ohjaamisessa. Tämäkin tulos oli yhtäläinen Meretoja ym. (2009) tekemän tutkimuksen tulosten kanssa. Molemmat ammattiryhmät kokivat kehittävänsä tyydyttävästi potilasohjausta ja uusien työntekijöiden perehdytystä yksikössään. Selvä ero ensihoitajien ja Meretojan ym. (2009) tutkimien sairaanhoitajien välille tulee ohjauksen arvioinnissa. Sairanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä hyväksi arvioidessaan potilasohjauksen tuloksellisuutta potilaan, omaisten ja hoitoryhmän kanssa, mutta ensihoitajat vain tyydyttäväksi. Huomattavaa näiden tulosten eroavaisuudessa on se, että molemmat ammattiryhmät kokivat tarvitsevänsä kyseisiä toimintoja työssään yhtä usein. Ohjaaminen on melko merkityksetöntä, ellei sen tuloksellisuutta arvioida, eikä näin ollen voida tietää, hallitseeko potilas tai omainen ohjattavan asian. Johtuuko ohjauksen tuloksellisuuden huono arvioiminen siitä, ettei ensihoitajilla ole työvälineitä arviointiin? Jos ensihoitajat kehittäisivät potilasohjausta, voisivat he samalla kehittää työvälineitä ohjauksen tueksi. Koetaanko kehittäminen haastavaksi, vai eikö perustehtävältä jää aikaa kehittää omaa työtään?

Tarkkailutehtävän osa-alueella ensihoitajat sekä Meretojan ym. (2009) tutkimuksen sairaanhoitajat arvioivat analysoivansa potilaan vointia erittäin hyvin. Heikoimmaksi tarkkailutehtävän osa-alueella molemmat ammattiryhmät arvioivat kirjaamisen kehittämisen työyksikössään. Selvin ero ensihoitajien ja Meretojan ym. (2009) tutkimuksen sairaanhoitajien välille tuli asiantuntija-avun järjestämisessä potilaalle, ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä hyväksi kun taas sairaanhoitajat taas erittäin hyväksi. Ensihoitajat arvioivat järjestävänsä asiantuntija-apua vain harvoin tai eivät ollenkaan. Kuitenkin ensihoitajien tehtävänä nimenomaan on potilaan voinnin arviointi ja ohjaaminen oikeanlaiseen hoitopaikkaan, eikö tämä ole asiantuntija-avun järjestämistä?

Tilannehallinnan osa-alueella ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä hyväksi, kuten myös Meretojan ym. (2009) tutkimat sairaanhoitajat. Tilannehallinnan alueen muuttujien kohdalla ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä erittäin hyväksi neljän muuttujan kohdalla kahdeksasta. Näin oli myös Meretojan ym. (2009) tutkimien sairaanhoitajien kohdalla, mutta ensihoitajat arvioivat pitävänsä yllä välineistön kuntoa erittäin hyvin, kun taas sairaanhoitajat arvioivat suunnittelevansa erittäin hyvin potilaiden hoitoa yksikkönsä tilanteen mukaisesti, ero kuitenkin varmasti selittyy toimintaympäristön eroavaisuudella. Heikoimmaksi ammatillisen pätevyytensä tilannehallinnan osa-alueella ensihoitajat arvioivat kriisitilanteen jälkiselvittelyn järjestämisessä, kuten myös sairaanhoitajat Meretoja ym. tutkimuksessa (2009). Yksi ensihoitaja jopa vastasi, ettei hänen työtehtävissään tarvitse järjestää kriisitilanteen jälkiselvittelyä. Ensihoitajat kohtaavat työssään kriisitilanteita, juuri hätätilapotilaiden kohdalla. Mutta onko hätätilanteessa toimiminen erittäin hyvää tilanteen vaatimalla tavalla, jos yksi osa-alue eli tilanteen jälkiselvittely jää kokonaan hoitamatta? Koetaanko, että kriisitilanteen jälkiselvittely ei ole ensihoitajien työtä, vai mistä tämä johtuu? Itse tilanteen selvittely ei välttämättä olekaan ensihoitajan työtä, mutta ensihoitajan tulee varmasti osata järjestää potilaalle tai omaiselle kriisiapua.

Hoitotoimien osa-alueella ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä kaikkein huonoimmaksi. Ensihoitajat arvioivat pätevyytensä tyydyttäväksi, kun taas Meretojan ym. (2009) tutkimuksen sairaanhoitajat arvioivat omansa hyväksi. Sekä ensihoitajat

että sairaanhoitajat arvioivat toimintansa erittäin hyväksi oman toiminnan joustavassa tilanteen mukaisessa suunnittelussa ja tilanteen mukaisten päätösten tekemisessä potilaan hoidossa. Heikoimmaksi ammatillisen pätevyyden arvioivat molemmat ammattiryhmät osallistumisessaan moniammatillisten hoito-ohjelmien yhtenäistämiseen. Eroavaisuutta ensihoitajien ja sairaanhoitajien välille syntyi moniammatillisen yhteistyön koordinoinnissa, työtovereiden ohjaamisessa hoitotoimenpiteiden toteuttamisessa ja toimimisessa konsulttina muille työntekijöille. Ensihoitajat arvioivat toimintansa tyydyttäväksi edellä mainituissa toiminnoissa, kun taas sairaanhoitajat arvioivat oman toimintansa hyväksi (Meretoja ym. 2009). Ensihoitajat pääsevät ehkä harvoin osallistumaan moniammatillisiin työryhmiin ja hoito-ohjeiden yhtenäistämiseen, koska toiminta tapahtuu sairaalan ulkopuolella ja ensihoidon järjestäminen on ollut kovin vaihtelevaa. Muutujissa, joissa ensihoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä tyydyttäväksi, arvioivat he myös yleisimmin, ettei kyseinen muuttuja ollut sovellettavissa heidän työtehtävissään.

Laadunvarmistuksen osa-alueella ammatillinen pätevyys arvioitiin keskimäärin hyväksi, tulos oli yhteneväinen verrattaessa Meretojan ym. (2009) tutkimiin sairaanhoitajiin. Ensihoitajat arvioivat, ettei heidän pätevyytensä ole yhdelläkään laadunvarmistuksen osa-alueella erittäin hyvää. Ensihoitajat arvioivat pätevyytensä tyydyttäväksi aloitteiden tekemisessä kehittämis- ja tutkimuskohteiksi, hoidon tuloksellisuuden arvioimisessa potilaspalautteen avulla sekä yksikön hoitofilosofian kriittisessä arvioinnissa. Tulos on samansuuntainen Meretojan ym. (2009) tulosten kanssa. Selvin ero ensihoitajien ja Meretojan ym. (2009) tutkimien sairaanhoitajien välillä on yksikkönsä hoitofilosofian kriittisessä arvioinnissa ja hoidon tuloksellisuuden arvioinnissa potilaspalautteen avulla. Sekä ensihoitajat että sairaanhoitajat (Meretoja ym. 2009) tunnistavat potilashoidossa tutkimus- ja kehittämiskohteita, mutta aloitteita tehtiin vain harvoin tai ei ollenkaan. Ensihoitajat ovat oman työnsä asiantuntijoita, ja he huomaavat työssään kehittämis- ja tutkimuskohteita. Omassa työssä siis huomataan kehitettävää ja tutkittavaa, mutta puuttuuko ensihoitajilta taito tehdä tutkimus- ja kehittämistyötä vai rohkeutta viedä aloitteita eteenpäin, vai eikö aloitteiden tekeminen ole mahdollista?

Työroolin osa-alueella ensihoitajien ja Meretojan ym. (2009) tutkimuksen sairaanhoitajien arvioima ammatillinen pätevyys oli keskimäärin hyvää. Sekä ensihoitajat että sai-

raanhoitajat arvioivat toimivansa itseohjautuvasti erittäin hyvin. Ensihoitajat arvioivat hankkivansa sairaanhoitajia paremmin tutkittua tietoa. Sairaanhoitajat taas arvioivat toimintansa paremmaksi opiskelijoiden vastaavana ohjaajana toimimisessa, uusien työntekijöiden perehdyttämisessä ja potilashoidon kehittämisessä moniammatillisessa työryhmässä. Lisäksi ensihoitajien vastauksissa huomiota kiinnitti erityisesti tyydyttävä toimiminen hoitoryhmän asiantuntijana sekä potilaan kokonaishoidon koordinoinnissa. Ensihoitaja toimii kentällä tehden itsenäisiä päätöksiä, ja vastauksissa ensihoitajat arvioivatkin toimivansa itseohjautuvasti erittäin hyvin. Ensihoitaja toimii ensihoidossa asiantuntijana, ja tällöin hänen tulee pystyä koordinoimaan potilaan kokonaishoito. Kuitenkin ensihoitajista 4/15 arvioi, ettei heidän työssään ollut mahdollista toimia hoitoryhmässä asiantuntijana ja 1/16 arvioi, ettei hänen työssään ollut mahdollista koordinoita potilaan kokonaishoitoa. Kenet ensihoitaja näkee hoitoryhmän asiantuntijana, ellei itseään?

Vahvuudeksi ensihoitajilla voidaan nähdä tilannehallinta. He tunnistavat hengenvaaralliset tilanteet varhain, priorisoivat toimintaansa tilanteen vaatimalla tavalla, toimivat hätätilanteessa tilanteen vaatimalla tavalla sekä pitävät yllä laitteiston toimintavalmiutta. Nämä ovat ensihoidossa erittäin tärkeitä taitoja. Jos laitteisto ei ole toimintavalmiudessa kohdattaessa hätätilapotilas, voidaan tämän takia menettää potilaan kannalta tärkeitä minuitteja. Myös jos potilaan hengenvaarallisen tilan huomaaminen viivästyy, menetetään jälleen tärkeitä hetkiä. Hätätilapotilasta kohdatessa tulee myös osata toimia oikealla tavalla, jolloin omien toimien priorisointi on tärkeää. Esimerkiksi potilaan tajunnan tason arvioiminen on toissijaista, jos potilas ei hengitä.

Ensihoitajat arvioivat toimintansa heikoksi moniammatillisissa työryhmissä toimimisessa. Johtuuko tämä siitä, että ensihoitajat toimivat sairaalan ulkopuolella ja toiminta on hajanaista, eikä ensihoidossa toimivilla ole työryhmiä potilashoidon yhtenäistämiseksi tai kehittämiseksi? Myöskään hoitokäytäntöjen kehittämistä ei nähty sovellettavaksi omassa työssä, tai sitä sovellettiin harvoin. Yllättävää oli myös, että ensihoitajat kokivat, ettei heidän tehtävissään ole sovellettavissa usein asiantuntijana tai konsulttina toimimista toisille työntekijöille tai toisten työntekijöiden ohjaamista. Kuitenkin he kokivat, että he antavat palautetta työtovereille ja toimivat työryhmän johtajana. Ensihoita-

jat toivoivat täydennyskoulutusta johtamisesta ja yhteistoiminnasta työtovereiden ja muiden ammattiryhmien kanssa.

Ensihoitajat katsoivat ammattitaitoaan kehittävän koulutuksen sisältävän käytännön taitojen harjoittelua ja teoriaopetusta. Teoriaopetuksessa toivottiin käytävän läpi uusia hoitomuotoja ja uusien tutkimusten tuloksia. NCS-mittarilla saaduissa vastauksissa ensihoitajat arvioivat moniammatillisen yhteistyöhön osallistumisensa ja koordinoointinsa heikoksi tai tyydyttäväksi. Avoimissa vastauksissa he toivoivatkin moniammatillisen yhteistyön harjoittelua. NCS-mittarilla saaduissa tuloksissa neljä heikoimmaksi arvioitua toimintaa kymmenestä liittyi potilasohjaukseen, kuitenkin avoimissa vastauksissa yhdeksäkään vastauksessa ei tullut esille täydennyskoulutustarve potilasohjauksesta.

Täydennyskoulutuksen aiheeksi vastaajat nostivat peruselintoimintojen arviointiin ja tukemiseen liittyvän koulutuksen. Tämä on ensihoidon kannalta tärkeää, koska ensihoidon tärkein tehtävä on tunnistaa peruselintoimintojen häiriö ja hoitaa niitä. Lisäksi koulutusaiheeksi toivottiin yhteistoimintaan liittyvä koulutus. Ensihoito toimii yhteistyössä pelastustoimen, poliisin ja sosiaalitoimen kanssa. Tämä vaatii yhteistoiminnan monipuolista osaamista.

Täydennyskoulutus toivottiin järjestettävän monipuolisesti ja jatkuvasti. Koulutusmuotona toivottiin simulaatio-opetusta ja lääkärin luentoja. Myös Paulomäen (2005) tutkimuksessa ensihoidossa työskentelevien täydennyskoulutustarpeita nousi esiin taitojen harjoittelu ja luennot ensihoitoon perehtyneeltä henkilöltä, esimerkiksi ensihoidon vastuulääkäriltä.

10 Tulosten hyödynnettävyys

Tulosten perusteella voidaan ehdottaa ensihoitajille järjestettävän täydennyskoulutuksen aiheeksi:

1. Laadunvarmistus ensihoidossa
 - uusimman tutkitun tiedon käyttö työssä
 - tutkimus- ja kehittämiskohteet
 - potilaspalautteiden hyödyntäminen
 - toiminnan kriittinen arviointi
2. Potilasohjaus ensihoidossa
 - ohjaustarpeen arviointi
 - ohjauksen tuloksellisuuden arviointi
3. Toiminta hoitoryhmän asiantuntijana
 - työtoverin ohjaaminen
 - ryhmänä toimiminen
 - hoitoryhmän johtaminen
4. Potilaan jatkohoidon järjestäminen
 - potilaan kriisitilanteen jälkiselvittely
 - moniammatillinen yhteistyö

Tuloksia voidaan käyttää hyödyksi myös henkilöstöjohtamisessa. Rekrytointitilanteessa ja kehityskeskusteluissa voidaan ottaa puheeksi osa-alueet, joissa ammatillinen pätevyys oli heikointa. Tulosten perusteella voidaan laatia henkilökohtainen koulutussuunnitelma, jota tarkastellaan seuraavassa kehityskeskustelussa, tai työpaikalla voidaan järjestää uusintamittaus, jossa arvioidaan työyhteisön kehittymistä eri osa-alueilla. Jos

mittaria käytetään uudelleen samassa työyhteisössä, voisi olla ensin mielekästä asettaa tavoitetaso, johon pyritään.

Lähteet

Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994. Annettu 28.6.1994.

Benner, Patricia – Tanner, Christine A. – Chelsa, Catherine 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä: hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. Laitinen-Junkkari, Pirjo (suom). Juva: WSOY.

Clements, R – Mackenzie, R 2005. Competence in prehospital care: evolving concepts. Emergency Medical Journal 22: 516–519.

Heikkilä, Anne – Ahola, Nina – Kankkunen, Päivi – Meretoja, Riitta – Suominen, Tarja 2007. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. Hoitotiede 19 (1). 3–11.

Hildén, Raija 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos.

Hildén Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammer-paino.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holtermann, Keith – Johnson, Jean –White, Roger – LaFleur, Bonnie –Brown, William – Wagner, Robert – Margolis, Gregg –Michos, Mary Beth – Lohr, Gina 2006. National Reregistration ang the Continuing Competence of EMT-Paramedics.

Hätönen, Heljä 2003. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Eriksson, Elina – Häggman-Laitila, Arja – Sarajärvi, Anneli 2009. Hyvän yhteistyöhankkeen edellytyksiä teoksessa Eriksson, Elina (toim.) – Markkanen, Arja (toim.) – Tast, Marianne 2009. Hankkeet hoitotyön korkeakoulutuksen ja työelämän yhteisenä muutostoimivana. Diakonia-ammattikorkeakoulu. C Katsauksia ja aineistoja 16.

Fairhurst R 2005. Pre hospital care in Europe. *Emergency Medicine Journal* 22. 760.

Kak, Neeraj – Burkhalter, Bart – Cooper, Merri-Ann 2001. Measuring the Competence of Healthcare Providers. *Operations Research Issue Paper* 2 (1).

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Koskela, Anne 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-15436.pdf. Luettu 16.7.2011.

Kuisma Markku 2007. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen – selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 26.

Kurola, Jouni 2001. Ensihoitojärjestelmä – mikä se on? *Finnanest* 4 (34). 399-401.

Meretoja, Riitta 2003. Nurse Competence Scale. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Meretoja, Riitta – Harjula, Tuula – Lehto, Ritva – Timonen, Leena – Kallakorpi, Susanna – Orvomaa, Pirkko-Liisa – Kotila, Jaana – Kangas, Riitta 2009. Sairaanhoitajien osamiskartoitukset HYKS-sairaanhoitoalueella 2007–2008. Loppuraportti 2009.

Meretoja, Riitta – Isoaho, Hannu – Leino-Kilpi, Helena 2004. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 47 (2). 124–133.

Meretoja, Riitta – Leino-Kilpi, Helena – Kaira, Anna-Maija 2004. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management* 12. 329–336.

Meretoja, Riitta – Leino-Kilpi Helena 2003. Comparison of competence assessments made by nurse managers and practising nurses. *Journal of Nursing Management* 11. 404–409.

Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, Jari 2000. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. 2. painos. Helsinki: Oy Edita Ab.

Mäkipeura, Jaana 2005. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys ja täydennyskoulutus-tarve. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Määttä, Teuvo 2009. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Holmström, Peter – Kuisma, Markku – Porthan, Kari 2009 (toim.). Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 24–39.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 24.

Paakkonen Heikki 2005. Päivystyssairaanhoitajan kliininen taito ja sen arviointi. Teoksessa Koponen, Leena – Sillanpää, Kirsi. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Osakeyhtiö.

Paulomäki, Taina 2005. Ensihoitaja – osaava ammattilainen. Kyselytutkimus kainuulaisille sairaankuljettajille heidän ensihoidollisesta osaamisestaan ja koulutustarpeesta. Oulu: Oulun yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Ranki, Anneli 1999. Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita? Jyväskylä: Gummerus.

Rekola, Leena – Sillanpää, Kirsi 2009. Ammatillisuus. Teoksessa Holmström, Peter – Kuisma, Markku – Porthan, Kari 2009 (toim.). Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 605–608.

Ruohotie, Pekka 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Juva: WS Bookwell Oy.

Ryynänen, Olli-Pekka – Irola, Timo – Reitala, Janne – Pälve, Heikki – Malmivaara, Antti 2008. Ensihoidon vaikuttavuus, järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Finohtan raportti 32.

Salonen, Anne – Kaunonen, Marja – Meretoja, Riitta – Tarkka, Marja-Terttu 2007. Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management* 15. 792–800.

Sassella, Greg – Melville, David 2010. Paramedic Professional Competency Standards V.2.

Seppä, Sakari – Kurola, Jouni 2000. Sairaanhoidopiirien ohjaus ja valvonta ensihoitojärjestelmässä. *Finnanest* 33 (2). 162–167.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Selvitys ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 13.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Terveystenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 3.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveystenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Monisteita 15.

Spencer, Lyle M. – Spencer, Signe M. 1993. Competence at work. Models for Superior Performance. John Wiley & Sons, USA.

Suomen sairaanhoitajaliitto 2003. Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset.

Säämänen, Jari 2008. Ensihoito-osaamisen kehittäminen täydennyskoulutuksen avulla. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 42. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Tuomi Jouni – Sarajärvi Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus-kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.